EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE DENTU

AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

PARIS
IMPRIMERIE GÉNÉRALE A. LAHURE
9, RUE DE FLEURUS, 9

1887

TITRES ACQUIS AU CONCOURS

A LA FACULTÉ :

1864. Aide d'anatomie.

1867. Prosecteur.

1869. Agrégé en chirurgie.

DANS LES HÔPITAUX :

1861. Externe.

1862. Interne.

1872. Chirurgien du Bureau central.

DISTINCTIONS ET TITRES HONORIFIQUES.

1864. Concours des internes : 1re mention.

1865. — — 1re mention.

1866. — — 1re mention.

1868. Lauréat de la Faculté : médaille de deuxième classe.

1868. Lauréat de la Société de biologie : prix Godard.

1873. Vice-président de la Société anatomique.

1873. Membre titulaire de la Société de chirurgie.

1878. Vice-président de la Société clinique.

1881. Secrétaire de la Société de chirurgie.

1871. Chevalier de la Légion d'honneur.

1879. Officier d'académie.

ENSEIGNEMENT.

1865-1870. Conférences d'anatomie à l'École pratique.

1866. Conférences d'histologie à la Faculté.

1867-1868. Cours d'anatomie chirurgicale à l'École pratique.

1868. Cours officiel de médecine opératoire à l'École pratique.

1868-1869. Cours de pathologie chirurgicale à l'École pratique.

1872. Conférences du soir à la Faculté, sur les accidents des hernies.

1873. Conférences du soir à la Faculté, sur la cataracte.

1874-1875-1876. Conférences de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu pendant les vacances (suppléance de M. le professeur Richet).

1876-1877. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (semestre d'hiver), en suppléance de M. le professeur Richet.

1882. Conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis.

TITRES SCIENTIFIQUES.

DISTRIBUTION DES MATIÈRES.

Les travaux originaux ou didactiques, analysés ou simplement mentionnés dans cet exposé, sont partagés en trois groupes, selon qu'ils se rattachent à l'anatomie ou à la physiologie, à la pathologie chirurgicale, à la thérapeutique chirurgicale ou à la médecine opératoire. Un quatrième groupe réunit dans un cadre commun les rapports lus dans les Sociétés savantes, les analyses d'ouvrages, le compte rendu des actes de la Société de chirurgie pendant l'année 1881.

Autant que possible les matières sont réparties suivant un ordre logique. C'est pourquoi il a paru avantageux de subdiviser les deux principaux groupes, le second et le troisième, en plusieurs sections et de faire suivre immédiatement chacune de ces dernières des observations, des présentations de malades ou de pièces anatomiques relatives aux sujets qu'elles comportent.

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

---

1. — Recherches anatomiques et considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe. (*Thèse pour le doctorat en médecine*. Paris, 28 déc. 1867.)

Les recherches de MM. Sappey et Houzé de l'Aulnoit sur les valvules des veines en général, celles de M. Verneuil sur le développement des varices et sur certains points de l'anatomie normale des veines de la jambe, avaient ouvert une voie où il y avait des notions nouvelles à recueillir et à synthétiser sous forme de lois précises. Fixant son attention sur le système veineux du membre inférieur, l'auteur a pu, grâce à de nombreuses dissections, arriver à des conclusions que les travaux les plus récents n'ont fait que confirmer. Certaines d'entre elles méritent peut-être d'être rappelées avec quelques développements.

Sans insister sur la partie purement descriptive du sujet, il y a lieu de noter en passant un détail relatif à la terminaison de la veine saphène externe. La portion de ce vaisseau qui traverse le creux poplité pour gagner la veine poplitée est remarquablement longue et flexueuse, même dans l'état normal; mais la particularité la plus intéressante qu'elle présente est une longue branche anastomotique qui prolonge la partie superficielle de la saphène externe et qui va ordinairement se terminer dans une des branches de la veine saphène interne. Les recherches de M. Le Dentu le portent à croire « que cette branche anastomotique ne manque jamais ; son absence apparente, dans un certain nombre de cas, provient sans doute de ce que parfois au lieu de naître de la saphène externe avant sa pénétration dans le creux poplité, elle ne s'en détache qu'après; elle est alors sous-aponévrotique et

va se joindre à l'une des veines musculaires qui constituent les origines des fémorales profondes. »

Le groupe des veines profondes du membre inférieur doit être subdivisé en deux groupes secondaires : les veines intermusculaires et les veines intramusculaires. C'est surtout dans l'étude de ces dernières que l'auteur a trouvé l'occasion de mettre en relief des particularités anatomiques non décrites jusqu'alors. C'est ainsi qu'il a pu établir deux types tout à fait distincts de circulation veineuse intramusculaire : la circulation par grands canaux et la circulation en arcades.

Le premier type se montre particulièrement dans les muscles jumeaux, le second appartient aux muscles qui reçoivent de distance en distance une petite branche artérielle, muscles parmi lesquels le soléaire occupe la première place.

1er Type : *Circulation par grands canaux.* — Prenons pour exemple les dispositions que l'on constate dans le muscle jumeau interne. Ce muscle reçoit ordinairement deux artères qui le parcourent dans le sens de sa longueur. Suivons une de ces artères dans sa distribution et voyons ce que deviennent les deux veines qui l'accompagnent dans son court trajet, depuis le point où elle se détache de l'artère poplitée jusqu'à celui où elle pénètre dans le muscle. Sur une certaine longueur le vaisseau à sang rouge continue à être escorté par les deux vaisseaux à sang noir; mais voici un point où l'une des veines s'écarte de sa voisine, se dirige vers la surface du muscle, le perfore et va s'aboucher avec une veine superficielle, tandis que l'autre, restée seule acolyte de l'artère, la suit dans sa distribution en artérioles et se subdivise en veinules d'un nombre égal à celui des artérioles.

Il résulte de ce qui précède que l'une des deux veines satellites des artères jumelles est une branche anastomotique qui fait communiquer le réseau superficiel avec la veine poplitée, et que l'autre représente essentiellement la veine d'origine musculaire, dont le courant centripète ramène vers la veine poplitée le sang versé dans le muscle par l'artère jumelle.

Les recherches portant sur les veines intramusculaires ont en outre mis en évidence ce fait que les artérioles musculaires et leurs ramifications ne sont accompagnées que par une seule veinule; parfois même ce vaisseau à sang noir unique, qui accompagne une artère, a plusieurs centimètres de longueur et possède un fort calibre. Cette particularité ne se constate donc pas seulement sur des vaisseaux de très petit volume. Elle établit un lien entre les veines musculaires et celles de la face, du cerveau, du mésentère.

Quelques recherches faites sur les muscles de l'épaule et du bras ont donné le même résultat et permettent peut-être d'affirmer d'une façon générale que

dans tout le système musculaire, les artérioles les plus fines *n'ont qu'une veine satellite*.

2° Type. — *Circulation par arcades anastomotiques.*

La circulation *par arcades anastomotiques* se présente sous un tout autre type. Prenons pour exemple le muscle soléaire. Ce muscle reçoit de l'artère tibiale postérieure plusieurs petites branches.

Chaque tronc artériel perforant est accompagné de deux veines garnies chacune d'une paire de valvules; en amont de ces valvules elles communiquent entre elles par une anastomose transversale. A partir de ce point elles s'écartent l'une de l'autre, se dirigent en sens inverse, et chacune va séparément à la rencontre d'une veine qui provient également de l'écartement des veines perforantes situées dans le muscle au-dessus et au-dessous de celles que nous envisageons.

Telle est dans ses parties essentielles la circulation par arcades anastomotiques qu'on retrouve, moins développée que dans le soléaire, dans le jambier antérieur, dans le long péronier latéral, et qui existe sans doute dans tous les muscles du corps doués de plusieurs artérioles. Il est à noter que dans un même muscle les deux types peuvent être associés. Ainsi il peut se faire que la moitié interne du soléaire présente le type de circulation par arcades, tandis que la moitié externe est parcourue par de grands canaux, comme les jumeaux et le jambier postérieur.

Quant aux anastomoses *par communication longitudinale*, de M. Sappey, et *aux canaux de sûreté* de M. Verneuil, les recherches de M. Le Dentu n'ont fait que corroborer celles de ces éminents observateurs; mais il a en plus décrit sous le nom de *canaux de dérivation* des veines dont la situation et les rapports sont régis par la loi suivante :

Toutes les fois que la circulation, dans une branche veineuse ou dans le système vasculaire d'un muscle, est exposée à des arrêts fréquents, par suite de la présence d'un obstacle à son extrémité supérieure, cette branche ou ce système de veines est muni d'un canal de dérivation qui enjambe l'obstacle.

La réalisation de cette loi se constate au niveau des ligaments interne et antérieur du tarse, du muscle soléaire, des jumeaux, de la partie sous-aponévrotique de la saphène externe et dans plusieurs autres points.

Une étude attentive des canaux fibreux sous lesquels passent les veines a permis à l'auteur de leur attribuer un rôle protecteur et non un rôle nuisible. Ils ne peuvent jamais comprimer ces vaisseaux et la seule influence qu'ait sur eux la contraction des muscles voisins consiste dans la tension de leurs fibres constitutives, et non dans la diminution de l'espace cylindrique

qu'elles circonscrivent. Ces considérations s'appliquent aussi bien à l'anneau du grand adducteur qu'à celui du soléaire.

Aux recherches d'ordre purement anatomique font suite des considérations physiologiques dont quelques-unes ne manquent peut-être pas d'importance.

Adoptant la théorie de Bérard sur le rôle des valvules, l'auteur leur refuse le pouvoir de lutter contre la pesanteur, et ne leur accorde que celui de s'opposer au reflux du sang. D'autre part, étant donné la disposition des anastomoses qui unissent les veines profondes aux veines superficielles, il démontre qu'au pied la circulation par ces anastomoses a lieu de la profondeur vers la surface, tandis qu'à la jambe elle se fait de la surface vers la profondeur, de sorte que toute contraction énergique des muscles favorise l'issue du sang qui s'y trouve contenu et s'oppose à la pénétration du sang venant des réseaux superficiels. Ici le rôle des canaux de dérivation éclate dans toute sa netteté et celui de la contraction musculaire, comme adjuvant puissant de la circulation en retour, s'impose avec la même évidence.

En revanche, les contractions d'intensité médiocre, celles des muscles pendant la station prolongée, gênent peut-être la circulation intramusculaire plus qu'elles ne la favorisent, parce qu'alors la tension est faible dans ces vaisseaux et triomphe mal de la résistance qu'opposent les fibres musculaires au point d'émergence supérieur des vaisseaux.

De là peut-être la forme en fuseau qui caractérise le début des varices intramusculaires et que l'auteur a trouvée chez un certain nombre de sujets.

Ici s'arrêtera cette analyse. Elle aura suffi pour mettre en relief les points originaux de ce travail, auquel la Société de biologie a décerné en 1868 le prix Godard.

2. — Veines caves (anatomie et physiologie). (*Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. VI, 1867, p. 600-609.)

Cet article ne pouvait avoir d'autre prétention que d'offrir au lecteur un court résumé des notions acquises sur l'anatomie et la physiologie des veines caves. Les recherches relativement récentes de Cl. Bernard sur les anastomoses de la veine cave inférieure avec la veine porte, soit directement, comme chez le cheval, soit par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques, méritaient une mention spéciale.

La partie physiologique est consacrée particulièrement à la discussion de la théorie des courants rétrogrades qui, d'après Cl. Bernard, entraîneraient

le sang de la veine porte vers les veines rénales, par l'intermédiaire de la veine cave inférieure, théorie qui fut réfutée en 1859 par Mac Donnell.

Le mode de développement bien connu de l'oreillette droite a inspiré à l'auteur de l'article une idée qui n'est peut-être pas sans fondement. Primitivement les deux veines caves (supérieure et inférieure) se confondent en un seul tronc qui aboutit définitivement à la cavité des oreillettes; mais ce tronc commun subit une dilatation telle qu'il devient partie constituante de l'oreillette droite, et les deux veines caves semblent s'y rendre séparément. Il résulte de cette fusion que l'oreillette droite peut être considérée comme une sorte d'ampoule veineuse, d'où la possibilité de la dilatation toute spontanée de cette cavité sous l'influence de ce qu'on a appelé à tort ou à raison la diathèse variqueuse.

Cette idée a été développée par l'auteur dans un travail basé sur deux faits cliniques, écrit en 1866, mais resté inédit. Dans ce même travail il est également question de la dilatation d'origine variqueuse des veines caves. Maurice Raynaud a bien voulu lui consacrer quelques lignes dans la partie pathologique de l'article. C'est pourquoi il en est fait mention ici : « Cette lésion (dilatation des veines caves) peut-elle être primitive et indépendante de tout obstacle au cours du sang dans l'organe central de la circulation? C'est ce qui semblerait résulter de quelques faits récemment étudiés par Le Dentu, dans un mémoire encore inédit dont il a bien voulu nous donner communication. Ayant constaté, chez un sujet indemne de toute lésion du cœur gauche, une énorme dilatation des cavités droites, de la veine cave supérieure, des veines du cou et des membres supérieurs, en coïncidence avec les varices des veines saphènes, avec des hémorrhoïdes, cet observateur est amené à penser que toutes ces lésions, y compris celles du cœur droit, ne sont que l'expression commune d'une même diathèse, la diathèse variqueuse.... Ces vues ingénieuses mériteraient d'être appuyées sur des observations plus nombreuses; elles trouvent une confirmation dans des faits intéressants d'anatomie de développement sur lesquels Le Dentu insiste avec juste raison ». (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t VI, p. 621.)

3. — Note sur l'origine des veines intramusculaires du membre supérieur. (*Bull. de la Soc. anat.* 1868, 5e série, t. CCCLXIV.)

Des recherches poursuivies par l'auteur sur les veines musculaires du membre supérieur lui ont montré que le mode d'origine des vaisseaux à sang

noir était, à certains égards, le même que dans les muscles du membre inférieur. Là comme ici les artérioles les plus fines sont accompagnées *par une seule veinule*, jusqu'à un point où deux de ces veinules, se rencontrant à la bifurcation de deux artérioles, continuent à marcher séparément de chaque côté du vaisseau à sang rouge, après s'être envoyé une anastomose transversale. La différence qu'il y a entre le membre inférieur et le membre supérieur, c'est que, dans le premier, on voit des artères encore assez volumineuses accompagnées par une veine satellite unique qui peut atteindre jusqu'à deux millimètres de diamètre, tandis qu'au membre supérieur il n'y a plus que des artérioles de très petit calibre, difficiles à suivre à l'œil nu, qui ne possèdent qu'une veine satellite. La même remarque est d'ailleurs applicable à certains muscles de la jambe, et particulièrement au groupe antéro-latéral.

4. — Anomalie du squelette du pied. — Cunéiforme surnuméraire. (*Bull. de la Soc. anat.*, 2e série, t. XIV, 1869, p. 13.)

Cette anomalie, extrêmement rare, n'est pas signalée par les auteurs classiques. Elle consiste dans la division du premier cunéiforme en deux parties à peu près égales. Entre elles existe une articulation arthrodiale. Blandin a rencontré deux fois sur le cadavre quatre cunéiformes, mais il ressort de sa description qu'il s'agissait d'une division du cuboïde en deux os distincts. Les trois cunéiformes étaient normaux. Comme normalement le premier cunéiforme, ainsi que tous les os du tarse, excepté le calcanéum, ne possède qu'un point d'ossification, il faut admettre que très exceptionnellement il peut s'y développer deux noyaux ostéogéniques, et qu'en plus ces deux noyaux peuvent parcourir toute leur évolution, sans se souder comme les deux points osseux du calcanéum.

Cette anomalie a été rencontrée sur un squelette sec.

5. — Deuxième cas de dédoublement du premier cunéiforme. (*Bull. de la Soc. anat.*, 2e série, t. XVI, 1869, p. 546.)

Ce deuxième cas, rencontré sur un cadavre, est absolument semblable au précédent.

6. — De l'effort. (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XII, p. 425-449.)

Cette question de physiologie, vieille en apparence, venait d'être rajeunie par les recherches, faites à différents points de vue, de Longet, de Bouley fils, de Maquet, de Morel-Lavallée, de Verneuil, de Krishaber, de Marey. Il était intéressant de grouper les théories nouvelles, de les discuter et de présenter au lecteur un ensemble où le sujet fût traité aussi complètement que possible.

Des considérations sur la synergie et l'antagonisme des actions musculaires servent d'entrée en matière. Il importait de trouver une définition où l'on pût faire entrer tous les caractères fondamentaux de l'effort. Celle de Longet parut un peu vague à l'auteur : « L'effort est une contraction musculaire très intense, effectuée dans le but de surmonter une résistance extérieure ou d'accomplir une fonction qui est naturellement laborieuse ou qui l'est devenue accidentellement. »

En réalité cette définition est le simple énoncé du fait spécial qui constitue l'effort; elle définit encore plus le but de l'effort qu'elle n'en fait connaître l'essence. C'est pourquoi l'auteur a cherché à donner une formule plus précise de cet ensemble très complexe de contractions musculaires. Considérant que l'effort est très variable dans son intensité et dans ses formes, et que (pour adopter la classification de M. Verneuil), il peut être *général* ou thoraco-abdominal, *abdominal* où expulsif, ou simplement *thoracique*, considérant encore que l'occlusion de la glotte, dont Is. Bourdon et J. Cloquet avaient fait la caractéristique de l'effort, n'est pas constante, mais bien contingente, suivant les variétés de l'effort et suivant certaines circonstances spéciales, telles que la présence d'une canule dans la trachée ou telle autre cause capable de rendre impossible la fermeture complète de l'arbre aérien, l'auteur, convaincu de la nécessité de mettre en relief la condition fondamentale de l'effort plus encore que son résultat, l'a défini : « *Un ensemble de contractions musculaires intenses ayant pour condition la fixation complète ou incomplète, générale ou partielle, du thorax, avec ou sans suspension de la respiration.* »

Les épithètes *complète*, *incomplète*, *générale*, *partielle*, répondent à chacune des variétés qu'on observe.

Relativement au procédé de fixation du thorax, il y avait lieu de faire la

part de l'occlusion de la glotte et des muscles du thorax. Dans les cas où la première n'a pas lieu ou n'est pas possible, un résultat équivalent peut être obtenu par l'antagonisme des inspirateurs et des expirateurs. La contraction simultanée des uns et des autres peut en effet fixer le thorax, comme les extenseurs et les fléchisseurs d'un segment de membre le maintiennent dans une position déterminée.

Ainsi se trouvent conciliées les deux théories trop exclusives qui se trouvaient en présence.

Il restait à montrer comment s'exécute l'effort partiel et comment la théorie générale, discutée d'abord dans ses grandes lignes, est applicable à chaque cas particulier. Cette étude analytique complète la première partie de l'article.

Une deuxième partie est consacrée à *l'influence de l'effort sur la circulation.* En 1880, dans un travail très intéressant publié dans les mémoires de la Société de biologie, M. Marey avait formulé les conclusions suivantes :

« 1° La ligne d'ensemble du tracé s'élève rapidement au début de l'effort, puis s'abaisse peu à peu, jusqu'à ce qu'elle revienne à son niveau primitif.

2° La forme des pulsations subit des modifications de plusieurs sortes :

a. — La descente du tracé est incomplète après chaque élévation brusque, ce qui tient à l'ascension graduelle de l'ensemble du tracé.

b. — Le pouls devient dicrote au plus haut degré et le dicrotisme diminue à mesure que l'effort touche à sa fin.

3° Enfin l'effort augmente le nombre des pulsations cardiaques (ce qui constitue une contradiction apparente entre un fait, à savoir l'augmentation de la tension dans l'arbre artériel que révèle l'ascension de la ligne d'ensemble du tracé, et une loi, celle qu'a posée M. Marey lui-même, d'après laquelle le nombre des pulsations cardiaques est en raison inverse des résistances éprouvées par le cœur).

Dans une série de tracés pris de concert avec Longuet, inventeur d'un sphygmographe, M. Le Dentu a constaté des modifications du pouls différentes de celles qu'avait notées M. Marey.

Elles se sont montrées constantes, quel que fût le sphygmographe employé.

Etudiant d'abord l'influence de la respiration normale sur le pouls, il a constaté une légère accélération pendant l'inspiration et un léger ralentissement pendant l'expiration. Voulant se rendre compte aussi de l'effet produit par la simple suspension de la respiration après l'inspiration, sans effort, il a observé un ralentissement notable des pulsations cardiaques.

Restait à savoir si, pendant l'effort avec suspension de la respiration, les

choses se passaient d'une manière analogue. Une autre série d'expériences a donné lieu aux conclusions suivantes :

1° Au point de vue de la fréquence des pulsations pendant et après l'effort, il y a d'abord ralentissement, puis accélération et de nouveau ralentissement.

2° Au point de vue de l'état de la tension dans l'aorte, celle-ci est d'abord augmentée, puis diminuée, puis augmentée de nouveau.

3° Dans la radiale, la tension est d'abord augmentée, puis diminuée, puis augmentée de nouveau.

4° Pour ce qui est du cœur lui-même, ses pulsations se ralentissent au début, et ne s'accélèrent que tardivement, puis se ralentissent de nouveau lorsque la respiration reprend son cours.

L'auteur n'a pu se rendre bien compte du désaccord de ses propres résultats et de ceux de M. Marey. Il lui a semblé qu'il y avait peut-être une contradiction entre le tracé principal de l'éminent physiologiste et l'interprétation qu'il en donne ; car, dans ce tracé, après la portion ascensionnelle du trajet, l'amplitude des trois premières pulsations, mesurée au compas, est plus grande que celle des pulsations qui précèdent l'effort, et l'accélération du pouls paraît se produire seulement plus tôt que dans nos tracés.

Nous ne terminerons pas cette analyse sans rappeler que, dans un travail intéressant, M. Guyon a montré que chez les femmes en couches et même chez certains hommes, l'effort détermine un arrêt complet ou une diminution d'intensité des battements dans les artères de la face et de la tête, par suite de la compression des carotides par les lobes du corps thyroïde. Il en résulte que la quantité de sang artériel qui arrive aux centres nerveux encéphaliques est beaucoup moindre et que la rétention momentanée du sang veineux est rendue ainsi moins périlleuse.

Dans une troisième partie de l'article, l'influence de l'effort sur le développement des maladies est esquissée à grands traits.

7. — Note sur un ligament non décrit du péricarde (ligament costo-péricardique), par MM. Le Dentu et Lannelongue. (*Arch. de physiol. normale et pathologique*, t. I, 1868, p. 448.)

Un concours pour le prosectorat, où nous avions à préparer les troncs veineux brachio-céphaliques, nous a fourni l'occasion de remarquer la présence,

dans le médiastin antérieur, d'un ligament dont les ouvrages d'anatomie ne renferment aucune description. Ce ligament se détache de la face antérieure du péricarde, à environ deux centimètres en avant et au-dessous du point où la séreuse se réfléchit sur les gros vaisseaux de la base du cœur.

Il monte en s'élargissant jusqu'à la partie supérieure du thorax et prend des insertions sur la première côte, en avant de la veine sous-clavière, en arrière de l'articulation costo-claviculaire.

Sur la ligne médiane et entre ces deux insertions latérales, il se continue directement avec le feuillet aponévrotique qui tapisse la face postérieure des muscles sterno-thyroïdiens. Ce ligament renferme dans son épaisseur les débris du thymus sous forme de deux traînées jaunâtres, ce qui donne à penser qu'il n'est, au moins en partie, que la gaine de cet organe modifiée par les progrès de l'âge. La description donnée par M. Sappey des connexions de l'enveloppe du thymus chez le fœtus, est à peu de chose près conforme à celle qui précède. Cependant il est remarquable que ce ligament soit proportionnellement beaucoup plus développé que l'enveloppe du thymus ; or, pour que la gaine d'un organe ne subisse pas de son côté l'atrophie qui frappe cet organe, il faut que sa conservation réponde à un but précis. D'où l'on peut induire qu'on ne saurait considérer ce ligament comme un débris sans aucune importance d'une disposition anatomique qui n'a plus sa raison d'être, mais que, par ses connexions, il est appelé à un nouveau rôle : celui de contribuer à la fixation du péricarde.

Les pièces anatomiques représentant ce ligament ont été montrées à la Société de biologie, en 1867, et sont déposées au musée Orfila.

II. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE

A. — Pathologie générale. — Séméiotique.

8. — De la claudication. (*Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. VII, p. 758-774.)

Il importait avant tout de donner de ce trouble fonctionnel une définition physiologique applicable à tous les cas. Sédillot avait dit : « La claudication réside dans un mouvement alternatif et anormal d'abaissement et d'élévation du tronc, produit pendant la marche par toute inégalité dans la longueur absolue ou relative des membres inférieurs. »

S'inspirant surtout de la définition de Voillemier, l'auteur a dit à son tour : « La claudication est une irrégularité de la marche qui réside essentiellement dans les inégalités des oscillations du corps et dans la répétition, à chaque pas, des phénomènes caractéristiques du type observé. »

L'article se compose de plusieurs paragraphes concernant : 1° les *causes*, envisagées en deux catégories, selon que les membres inférieurs ont une longueur différente (inégalité absolue) ou que l'inégalité ne se révèle que pendant la marche (raideurs articulaires, affections douloureuses, etc.) ; 2° les *formes* ou les *types* divers de claudication ; 3° la *valeur diagnostique* (un tableau annexé à ce paragraphe résume tous les éléments de diagnostic que peut fournir l'analyse de la marche) ; 4° la *valeur pronostique*, étudiée non pas seulement au point du vue des affections dont la claudication est la conséquence, mais au point de vue des conséquences de la claudication elle même (déviations du bassin) ; enfin, *traitement* de la claudication, où il est fait allusion au procédé de Rizzoli (de Bologne) pour rétablir l'égalité des deux membres (fracture artificielle du fémur du côté opposé).

Cette étude de séméiotique ne devait pas empiéter sur le domaine de la pathologie descriptive. L'auteur n'a eu qu'un but : ramener des généralités un peu vagues en elles-mêmes à quelques formules concises.

9. — Du phlegmon. (*Nouveau dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXVII, p. 131-184.)

L'auteur ne s'arrêtera, dans cette analyse, que sur quelques points auxquels il attribue une certaine importance ; tels sont en première ligne les rapports du phlegmon simple avec la lymphangite. Discutant les idées de Dolbeau et de son élève M. Chevalet, il n'admet pas que tous les panaris, que tous les abcès de la paume de la main soient toujours d'origine lymphangitique, que toutes les synovites tendineuses aiguës du poignet soient secondaires par rapport à une angioleucite des troncs palmaires.

Il y a des phlegmons dans les régions dépourvues de lymphatiques (orbite) ; il y en a dans des régions où les troncs lymphatiques n'existent pas et où il n'y a guère que de fins réseaux. Aussi, tout en pensant que très fréquemment le phlegmon circonscrit succède à une adénite ou à une lymphangite superficielle ou profonde, l'auteur admet encore l'existence propre d'un phlegmon primitif, le plus souvent d'origine dyscrasique ou infectieuse.

Après un essai de classification des cas qui méritent plus ou moins la dénomination de *phlegmon chronique*, l'auteur aborde l'étude du *phlegmon diffus*.

Il a cru indispensable de refaire entièrement l'historique de la question, en remontant aux sources et en revisant les citations des auteurs anglais de ce siècle, dont la véritable pensée commençait à se dénaturer par suite de commentaires copiés les uns sur les autres, avec des nuances qui finalement avaient abouti à un certain nombre d'inexactitudes. Hutchinson, Colles et Duncan jeune avaient ouvert la voie. Dobson, Lawrence, Maclachlan s'y engagent à leur tour. En France, Béclard, Dupuytren, Fournier, plus tard Marchal (de Calvi), enfin Chassaignac, délimitent d'une façon plus précise le champ du phlegmon diffus, en le séparant de certaines formes de gangrène et de toute une série de phlegmasies de la peau et du tissu cellulo-graisseux souscutané, qui ne peuvent être évidemment comprises dans une description commune avec le phlegmon diffus proprement dit.

L'auteur s'est attaché à bien caractériser ces formes cliniques un peu vagues, difficiles à classer et quelquefois à reconnaître.

Il admet deux formes fondamentales : le *phlegmon diffus érysipélateux* et le *phlegmon diffus franc*, auxquelles il rattache le *phlegmon sous-aponévrotique et total.*

Pour tout le reste sa description se rapproche de celle des classiques.

En ce qui concerne le traitement des phlegmons diffus d'origine diabétique, l'auteur s'écarte de l'opinion émise par certains chirurgiens, à savoir que l'action opératoire aggrave les accidents et que l'abstention est préférable. Dans une thèse faite à l'instigation de M. Le Dentu, ls. Peyrot a démontré, d'après un bon nombre d'observations, que le phlegmon diffus diabétique abandonné à lui-même entraîne ordinairement la mort, tandis que les malades traités par la méthode des grandes incisions ont largement bénéficié de ce traitement, comme s'ils n'avaient pas été diabétiques.

Si donc, chez ces derniers, l'abstention doit être érigée en règle, *lorsque la gangrène est franche*, cette règle, à laquelle l'auteur se rallie, ne doit pas être appliquée au phlegmon diffus. Quelle qu'en soit la cause, le même traitement, le traitement énergique par les grandes incisions ou par le fer rouge, convient à tous les cas.

10. — Phlègmon gangréneux de la région fessière. Considérations sur les gangrènes d'emblée. (Clinique du 8 janvier 1877, Hôtel-Dieu, publiée dans la *France médicale*, 28 juillet 1877.)

Il s'agit d'un cas de gangrène étendue et profonde des fesses et du périnée, chez un homme de soixante ans, qui n'était ni diabétique, ni albuminurique, ni alcoolique. Le rectum et les organes urinaires étaient sains. Il fallait donc évoquer une cause plus générale ; or cet homme était manifestement fatigué par un travail trop soutenu. C'était un surmené, et la gangrène s'était développée d'emblée, sous l'influence de l'affaiblissement et d'un trouble profond de l'organisme.

11. — Des amputations dans la gangrène foudroyante. (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*, 1878, p. 739.)

Ce travail, qui a fait l'objet d'une communication au Congrès de Paris pour l'avancement des sciences, de 1878, est basé sur un cas récent de désarticu-

lation de l'épaule, suivie de succès, pour une gangrène foudroyante. L'accident (coup de feu) avait eu lieu un vendredi; le samedi il y avait un commencement de réaction inflammatoire. Le lundi tous les caractères de l'érysipèle bronzé étaient apparus. La gangrène remontait presque jusqu'au moignon de l'épaule. La désarticulation scapulo-humérale sauva le malade.

A cette époque où l'étiologie de ces emphysèmes toxiques était mal connue, il était très naturel que l'auteur se livrât à de longues considérations terminologiques à propos de ce cas. Il était aussi naturel qu'il comparât ces gangrènes de nature éminemment septique aux emphysèmes bénins dont l'existence n'est pas niable et dont il avait lui-même rencontré plusieurs exemples.

Il pouvait donc penser que, à côté de l'intoxication septique locale, le choc, l'ébranlement pouvaient jouer un certain rôle, mais ce rôle est certainement très restreint, s'il est réel. Quoiqu'avec certaines réserves, il faut admettre que la gangrène foudroyante commence par la genèse d'un virus dans une blessure récente, et que la diffusion de ce virus aboutit à l'infection générale, à la septicémie.

Qu'on remplace le virus par un microbe, le mot genèse par le mot migration, et l'on aura la théorie actuelle de la gangrène foudroyante, qui n'est même plus une théorie, puisque c'est par voie expérimentale que la nature parasitaire de cette maladie a été nettement démontrée.

L'infection étant d'origine locale, l'intervention garde des chances de succès, si la propagation n'est pas par trop rapide ni l'infection du sang trop profonde. Voilà pourquoi l'auteur insiste sur l'opportunité de l'intervention, comme seule ressource dans des cas aussi graves, lorsque le développement de l'infection n'est pas trop rapide.

12. — Leçons sur la septicémie aiguë. — Hôtel-Dieu, 1874. *Mouvement médical*, 1874, nos 40 et 43.)

De trop nombreuses occasions d'étudier cette redoutable complication des plaies s'étaient offertes pendant la guerre franco-allemande. Dans les hôpitaux de Paris, c'était plutôt l'infection purulente proprement dite et la septicémie chronique qu'on observait ordinairement. La septicémie aiguë était relativement rare et on n'avait sur elle que des notions vagues.

M. Le Dentu voulut utiliser la triste expérience qu'il avait rapidement acquise pendant la campagne de 1870-1871, en condensant dans deux leçons cliniques toutes les notions propres à différencier nettement la septicémie

proprement dite de l'infection purulente classique, sinon au point de vue de l'essence de ces deux complications, du moins dans leurs expressions symptomatiques et anatomiques.

Après avoir tracé le tableau de la septicémie aiguë simple, non compliquée de gangrène, tableau qui se rapproche de celui de l'état typhique, M. Le Dentu a recherché avec soin les différences cliniques qui séparent encore aujourd'hui la septicémie proprement dite de la pyohémie, relativement aux phénomènes locaux et aux phénomènes généraux (marche de la fièvre, coloration spéciale du visage, état de la peau, etc.). En ce qui concerne les abcès du tissu conjonctif et des articulations, M. Le Dentu croit qu'on peut les observer aussi bien dans l'une des formes de l'infection septique que dans l'autre.

Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, la pyohémie proprement dite a presque entièrement disparu et la septicémie aiguë ne fait plus que de bien rares victimes.

13. — Deux cas d'opérations sur des femmes enceintes, sans conséquences fâcheuses. (Discussion sur les rapports de la grossesse et du traumatisme. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1876, p. 523.)

1° Opération de sarcome du cou sur une jeune femme de dix-huit ans, enceinte de sept mois.

2° Incision et drainage d'un énorme abcès sous-mammaire chez une jeune femme âgée de dix-huit ans, enceinte de six mois. Cet abcès était le résultat d'un violent coup de pied.

B. — Néoplasmes. — Syphilis.

14. — Sarcome des os multiple d'emblée. Manifestations viscérales secondaires. (Hôtel-Dieu. *Leçons de clinique chirurgicale. — Union médicale*, 1er, 17 *et* 20 *février* 1877.)

A propos d'une malade qui présentait des tumeurs multiples des os du crâne et de la face, de la clavicule gauche, du fémur droit, du genou gauche,

des téguments de l'abdomen et du foie, M. Le Dentu retrace l'histoire des tumeurs malignes du squelette qui se montrent d'emblée dans plusieurs os. Il mentionne le travail d'ensemble dû à Sandhoff (de Tübingen), un cas de cancer ostéoïde multiple des os, publié en Angleterre par Harris, une observation de M. Bouilly, deux autres dues à M. Léger et à M. Verneuil.

M. Le Dentu a vu à la Salpêtrière une femme atteinte de cancer pulsatile de la tempe gauche, développé dans le pariétal, et accompagné de productions semblables dans le sternum et le lobe droit du corps thyroïde. Ce cas était tout à fait analogue à celui qui figure dans les bulletins de la Société anatomique, en 1874, comme cancer du pariétal droit, du corps thyroïde et du sternum.

M. Le Dentu s'est attaché à démontrer que l'affection avait envahi primitivement plusieurs points du squelette et qu'elle ne s'était étendue que secondairement à la peau et au foie.

15. — Périostose diffuse non syphilitique des os de la face et du crâne. (*Congrès international des sciences médicales d'Amsterdam* 1879, et *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879, p. 871.)

Une jeune fille de dix-huit ans fut admise à l'hôpital Saint-Louis dans l'état suivant :

Les deux faces du maxillaire inférieur, dans sa moitié droite, sont soulevées en une tumeur allongée parallèlement à l'axe de l'os, qui commence en arrière de la canine et se prolonge jusqu'à l'angle de la branche montante et du corps.

Sur la moitié gauche mêmes lésions, mais moins développées.

Le maxillaire supérieur droit présente, à partir de la canine, des altérations semblables à celles du maxillaire inférieur et arrivées à un degré de développement à peu près égal.

La partie correspondante de la voûte palatine est soulevée d'arrière en avant.

Mêmes productions à gauche, mais beaucoup moins avancées.

La consistance de ces tumeurs est d'une dureté élastique par places, d'une dureté absolue dans d'autres points, comme si le doigt rencontrait tantôt du tissu fibreux, tantôt du tissu osseux.

Après avoir envisagé plusieurs hypothèses, M. Le Dentu arriva à penser qu'il se trouvait en présence de cette affection extrêmement rare désignée sous

le nom d'hypertrophie diffuse des mâchoires ; mais dans cette dernière l'ossification n'est pas précédée par une phase de prolifération périostique.

Un fragment enlevé à la tumeur du maxillaire supérieur fut examiné au microscope. On y trouva des éléments analogues à ceux du sarcome adulte.

Par suite de considérations qu'il serait trop long de rapporter ici, l'auteur conclut qu'il s'agissait d'une sorte de périostose simple aboutissant à l'ossification et non d'un sarcome véritable.

Malgré tous les moyens employés, la maladie continua rapidement son évolution, envahit la base du crâne et au bout de peu de temps la malade succomba à des accidents convulsifs.

A ceux que la rapidité exceptionnelle de cette évolution conduirait à une interprétation différente, il est utile de rappeler que, même en se ralliant à l'hypothèse d'un sarcome ossifiant, il ne faudrait pas perdre de vue que ce sarcome se serait écarté des tumeurs de même nature que par un certain nombre de caractères importants :

1° Le passage de la maladie du maxillaire inférieur (os absolument indépendant) au maxillaire supérieur du même côté.

2° La diffusion du néoplasme, et en même temps sa localisation à la face et au crâne.

3° La cicatrisation des plaies produites pas une excision partielle au bistouri et par plusieurs cautérisations au thermo-cautère.

4° L'ossification des masses primitivement molles, exactement dans les conditions de symétrie et de siège qui se sont réalisées dans les cas avérés d'hypertrophie diffuse des os de la face.

16. — Des cancers de l'œil. (Hôtel-Dieu. *Leçon clinique du 12 août 1874. Recueil d'ophthalmologie de Galezowski*, 1874.)

A propos d'un malade atteint d'une volumineuse tumeur de l'œil, M. Le Dentu expose dans son ensemble l'histoire des cancers de cet organe, depuis le premier travail de quelque valeur dû à Maunoir (de Genève) jusqu'à nos jours, depuis le *fungus hematodes* et le *fungus médullaire* de ce chirurgien, jusqu'aux formes variées de sarcome et de carcinome que l'histologie moderne a su différencier anatomiquement les unes des autres. Le gliome est rattaché aux groupes des tumeurs malignes étudiées successivement, mais l'auteur insiste sur ce fait que le gliome pur est une production du jeune âge, même de l'en-

fance, notion déjà classique, et qu'il a pour point de départ la rétine, tandis que les néoplasmes de l'âge adulte naissent ordinairement de la choroïde. La mélanose occupe une place importante parmi ces productions.

Le reste de cette leçon clinique est consacré à l'évolution des tumeurs de l'œil soit vers l'extérieur, soit vers la cavité crânienne. La question est envisagée sous ses diverses faces; le diagnostic, le pronostic toujours si grave et le traitement sont l'objet de développements étendus.

17. — Tumeur à myéloplaxes du fémur. — Désarticulation de la cuisse. — Examen de la pièce au point de vue de la circulation veineuse du néoplasme. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1864, p. 515.)

Cette pièce provenait d'un malade de M. Verneuil.

Un contraste notable s'est révélé entre la circulation veineuse de la tumeur et celle des parties molles (téguments et muscles) qui l'entouraient. Ici le système veineux a pris un développement énorme et est disposé sur trois plans dont l'un est sous-cutané, l'autre intramusculaire, le troisième appliqué sur la face antéro-interne du néoplasme.

Par contre aucune veine importante n'émerge directement de ce dernier. La circulation y est donc essentiellement capillaire.

C'est par des injections coagulables que ces diverses dispositions ont été démontrées.

18. — Des rétinites syphilitiques. (Hôtel-Dieu. *Leçon clinique. Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XLVII, 1876, p. 492.)

Une malade du service présentait des lésions rétiniennes d'origine syphilitique, remarquables par le trouble survenu dans la perception des couleurs. Sous l'influence du traitement on vit ce trouble disparaître peu à peu, ce qui dissipa tous les doutes que le diagnostic aurait pu soulever.

Observations et présentations de pièces anatomiques.

19. — Syphilis des os du crâne et du cerveau. Trépanation. Accidents convulsifs et dépressifs. Guérison. (*Bull. de la Soc. de clin.*, 1884, p. 119 et *France médicale*, 1884, p. 1769 et 1781.)

Les lésions syphilitiques tertiaires s'étaient greffées sur une ancienne blessure non cicatrisée du frontal. Une trépanation avait été faite au Val-de-Grâce et n'avait pas guéri le malade, malgré un traitement spécifique concomitant. Des accidents convulsifs graves suivis de tous les signes d'un ramollissement cérébral, avec production d'eschares au sacrum, allaient bientôt causer la mort, lorsque la reprise du traitement à très faibles doses d'abord, puis à doses massives, amena une guérison rapide.

Le malade succomba quatre ans après à une paraplégie dont la vraie cause paraît avoir été méconnue.

20. — Infiltration gommeuse du muscle jumeau externe. (Hôtel-Dieu. *Leçon clinique du 30 septembre 1874.* — *Mouvement médical*, 1874, p. 551 et thèse de Rousset sur la *Syphilis musculaire*, Paris, 1875.)

Le malade, âgé de trente-huit ans, souffrait du mollet depuis deux mois. Au moment de l'examen, il portait à la partie externe de la jambe une tumeur longue de 14 cent., large de 10 cent. La circonférence du mollet malade est de 38 cent. La portion charnue du muscle est seule intéressée.

Il n'y a pas de doute possible sur la nature syphilitique de cette infiltration. Elle commence par se ramollir, puis s'ulcère. Le traitement spécifique arrête cette évolution et guérit rapidement le malade.

Le siège peu habituel du mal, l'absence d'antécédents syphilitiques bien nets, avaient rendu nécessaire un diagnostic analytique très minutieux.

21. — Lymphosarcome primitif des ganglions du cou. (*Thèse de doct. de Poitcau sur les lésions de la portion cervicale du grand symphatique*. Paris, 1869.)

L'intérêt de cette observation gît principalement dans les signes pupillaires causés par l'irritation, puis par la compression du ganglion cervical supérieur du grand sympathique.

22. — Myxosarcome de la voûte palatine. Résection partielle du maxillaire supérieur. (*Lecture à la Soc. de chir.*, 1871, p. 205.)

Observation restée inédite. Il s'agissait d'une tumeur de la voûte palatine développée sur un des infirmiers de l'ambulance de M. Le Dentu (1870-1871), tumeur qui, pendant la campagne, avait donné lieu à de sérieuses hémorrhagies.

L'examen, après ablation, en fut fait par Legros. La guérison s'est maintenue depuis cette époque. L'opéré, revu au mois de mai 1887, est en très bonne santé; mais il s'est produit chez lui une particularité remarquable, c'est que la perte de substance résultant de la résection de la voûte palatine s'est considérablement agrandie, par suite d'une véritable résorption de l'os.

23. — Présentation d'un ostéosarcome du fémur ayant nécessité la désarticulation de la cuisse. (*Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 10 octobre 1877.)

24. — Cystosarcome volumineux du sein. — Large ulcération, par nécrose d'une partie de la peau. (*Communication à la Soc. anat. par MM. Lagrange et Duret; séance du 4 juillet* 1873.)

25. — Énorme molluscum de la grande lèvre. Ablation suivie de guérison. (*Communication à la Soc. anat. par MM. Lagrange et Duret, internes des hôpitaux; séance du* 20 *juin* 1873.)

La tumeur descend presque jusqu'aux genoux. Elle est frappée de gangrène dans plusieurs points. La malade est en proie à un délire très accusé, d'*origine septicémique*. La langue est sèche, la face vultueuse. La température dépasse presque 40°.

L'ablation de cette tumeur est faite au lit même de la malade, malgré son état général très grave. Le pédicule est si grêle que le traumatisme ne peut être à redouter. Son poids est de 4 kilogrammes.

Deux heures après l'opération la température est déjà tombée à 39°. Le soir, à six heures, elle n'est plus que de 37°,8.

Le délire dure cinq à six jours. La guérison est complète en quinze jours.

Outre l'intérêt spécial de cette observation, au point de vue de la marche clinique de la septicémie aiguë, M. Duret y a trouvé l'occasion de faire une étude histologique très complète du molluscum.

26. — Dégénérescence secondaire des ganglions intra-abdominaux à la suite d'une castration pour cancer du testicule. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1863, p. 251.)

Plusieurs particularités rendaient ce cas intéressant :

1° La tumeur, qui existait peut-être avant l'opération, se développa avec une extrême rapidité, atteignit bientôt le volume d'une tête de fœtus; elle se laissait déplacer latéralement.

2° Un fongus cancéreux avait envahi la veine cave inférieure et y flottait au milieu du sang, retenu par un mince pédicule.

3° De petites embolies cancéreuses furent trouvées au milieu des caillots qui remplissaient les cavités droites du cœur.

27. — Présentation d'un testicule atteint de cancer. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1863, p. 139.)

28. — Cas de fibromes et de lipomes de la paroi abdominale. (Disc. à la Soc. de chirurgie. *Bull. et mém.*, 1886, p. 181.)

C. — Appareil locomoteur.

29. — Sur une variété rare de fracture du col chirurgical de l'humérus à sa partie la plus élevée. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, p. 132.)

Les circonstances propres à singulariser ce cas étaient : un déplacement considérable de l'extrémité de la diaphyse humérale en haut et en avant, une déchirure incomplète du deltoïde, un soulèvement globuleux de toute la région par un vaste épanchement sanguin, enfin la consolidation tardive de la fracture. On trouverait dans la littérature chirurgicale très peu de faits semblables à celui-là. Malgaigne n'en cite qu'un. Ogston en a réuni plusieurs dans un travail à peu près contemporain de l'observation précédente.

Les fragments ne se touchaient pas ; la réduction d'emblée s'était montrée impossible, et cependant la consolidation eut lieu à la longue. Il est vrai que le blessé n'avait que dix-sept ans. Le malade de Malgaigne ayant succombé à un phlegmon déterminé par des tentatives violentes de réduction, l'auteur en conclut qu'en général une grande réserve doit être observée au début et jusqu'à la cessation de la réaction inflammatoire.

30. — Note sur une pièce de fracture intra-capsulaire du col du fémur. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1874, p. 443.)

Le but de cette présentation était de montrer une fracture intra-capsulaire du col du fémur du type le plus pur, puisque le trait de fracture rasait de près la circonférence de la tête fémorale, qui avait été causée par une *chute sur le grand trochanter*. En plus un symptôme anormal avait été observé chez la malade pendant les dix jours qui avaient suivi l'accident : c'était la rotation du pied *en dedans*, qui se transforma, après ce temps, en rotation en dehors. Cependant le périoste était divisé et détaché en avant, tandis qu'il était intact *en arrière*. Sans doute il y avait eu engrènement des surfaces *en avant* pendant les premiers jours.

31 — Des plaies des articulations par armes à feu et des causes qui les rendent souvent mortelles. (*Lecture à la Soc. de chirurgie; séances du* 5 *et du* 12 juillet 1871, p. 132 et 138.)

Ce travail est resté inédit. L'auteur profitait des observations qu'il avait pu faire, pendant la guerre franco-allemande, sur la gravité des plaies articulaires, pour développer ses idées sur la septicémie aiguë et présenter le tableau de cette grave complication. Il est revenu plus tard sur cette question dans des cliniques faites à l'Hôtel-Dieu, qui ont été mentionnées plus haut.

32. — Sur un pied creux paralytique, traité par la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire. (Hôtel-Dieu. Leçon clinique. *Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XLVII, 1876, p. 493.)

Le pied creux, chez la jeune malade âgée de seize ans qui fait l'objet de cette leçon, n'était compliqué ni de varus ni de valgus. L'indication de la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire était très nette. Elle permit le redressement du pied dans une large mesure.

33. — Des synovites tendineuses rhumatismales suppurées. (Hôtel-Dieu. Leçon clinique. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XLVII, 1876, p. 491.)

Le malade qui a fait l'objet de cette leçon était un rhumatisant. Il paraît avoir présenté une synovite aiguë *séro-purulente* de la gaine du jambier antérieur. Une incision donna issue à de la sérosité mêlée de pus, et il s'ensuivit une guérison très rapide en quelques jours.

34. — Pathologie des muscles. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXIII, p. 357-376. (En collaboration avec M. Straus.)

Observations et présentations de pièces anatomiques.

35. — Fracture très étendue de la base du crâne. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1863, p. 142.)

La base du crâne était partagée en deux portions par un trait de fracture oblique qui partait de la bosse frontale gauche, parcourait la paroi supérieure de l'orbite, passait par la selle turcique, divisait ensuite le rocher du côté droit et se terminait à l'occipital.

36. — Décollement des épiphyses du cubitus et du radius, avec un arrachement très limité de la portion voisine du radius, chez un jeune homme de 19 ans. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1872, p. 427.)

37. - Perforation du rocher suite d'otite. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1867, p. 585.)

On constatait comme d'habitude l'intégrité de la dure-mère, fait déjà mis en relief par les recherches de M. Brouardel.

38. — Présentation d'un kyste séreux provenant de la transformation d'un ancien abcès froid d'origine costale. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 491.)

39. — Luxation simultanée des deux genoux. Tiraillement du nerf sciatique à droite. Troubles trophiques, paralysie musculaire et anesthésie cutanée. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 591.)

40. — Cas de disjonction de la symphyse pubienne. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 5.)

41. — Hydarthrose intermittente. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 242 et 255.)

42. — Sacro-coxalgie blennorrhagique. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 114.)

D. — APPAREIL DE LA CIRCULATION.

43. — De l'ulcération des artères. (*Mém. de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 575.)

L'auteur, ayant à faire un rapport sur un cas d'ulcération de l'artère fémorale communiqué à la Société de chirurgie par M. Perier, profita de cette occasion pour reprendre dans son ensemble la question intéressante soulevée par cette communication. Sur la proposition de M. Blot, la Société de chirurgie vota l'insertion de ce travail dans le tome VII de ses mémoires.

Après avoir rappelé les cas d'ulcération de dedans en dehors, bien étudiés par Hodgson et par Guthrie, l'auteur partage les ulcérations de dehors en dedans en quatre catégories :

1° Les ulcérations par envahissement d'un tissu morbide ou d'un travail ulcératif (cancer, syphilis);

2° Les ulcérations par dénudation d'une artère dans le cours d'une opération;

3° Les ulcérations par corps étrangers, tels que des séquestres;

4° Les ulcérations par l'action du pus de certains foyers.

Le mécanisme de ces lésions est facile à déterminer dans les trois premières catégories ; il n'en est pas de même dans la quatrième, car la dénudation ne

peut pas toujours être invoquée. Il faut alors admettre que le pus acquiert dans certaines circonstances des propriétés spéciales encore mal définies.

En supposant que cette action aboutisse au développement d'une sorte d'artérite, il ne peut être question ici de l'artérite classique avec épaississement des parois et coagulation du sang, puisque le caillot n'existe pas là où une hémorrhagie se produit et que, si la paroi artérielle est épaissie par places, elle a une friabilité spéciale résultant d'une véritable nécrobiose.

Il résulte de cette façon d'envisager les choses que le mot ulcération doit être conservé, comme correspondant le mieux au travail de destruction lente qui détermine la rupture.

Quant au traitement des hémorrhagies souvent mortelles qui se produisent alors, il ne peut être ramené aux mêmes règles que celui des hémorrhagies par plaie artérielle, justement à cause de la friabilité qui paraît constante. Si donc la ligature au-dessus et au-dessous de la perforation doit être considérée comme le traitement par excellence, elle ne peut être recommandée sans réserves. D'abord il sera prudent de placer les ligatures à une assez grande distance de la perforation, car c'est là que les tissus ont leur maximum de friabilité.

En second lieu la ligature à distance s'imposera comme procédé de nécessité, si la friabilité a gagné une longue portion du vaisseau et si la perforation a eu lieu dans un point inaccessible du vaisseau (carotide interne dans son trajet intracrânien, maxillaire interne, fémorale profonde le long de la ligne âpre, etc.).

Enfin il y a des cas où l'amputation d'un membre serait le moyen le moins incertain de sauver la vie du malade, comme dans le cas de M. Perier où la ligature de l'iliaque externe détermina la gangrène de la jambe entière, en grande partie parce qu'un caillot formé évidemment avant l'hémorrhagie artérielle oblitérait complètement la veine fémorale.

Si M. Perier avait pu prévoir cette complication, il se fût prononcé probablement pour la désarticulation de la cuisse.

44. — Pathologie du système lymphatique. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXI; p. 4-105.)

Cet article, fait en collaboration avec Longuet, présente en trois groupes les maladies du canal thoracique, des vaisseaux lymphatiques et des ganglions.

A propos de l'étiologie de la lymphangite, M. Le Dentu a fait la part de l'infection, sans pouvoir encore la définir avec la précision que permettrait aujourd'hui la connaissance des infections d'origine parasitaire. Il admet même une véritable imprégnation de l'organisme par des germes venus de l'extérieur, soit par la surface d'une plaie, soit par la voie pulmonaire, et revient à plusieurs reprises sur les lymphangites septiques et les conditions dans lesquelles elles peuvent se développer. L'auteur a essayé de déterminer les différentes formes objectives de l'angioleucite (réticulaire, tronculaire, en plaques) ainsi que les transformations ou complications auxquelles est sujette son évolution (phlegmon simple, phlegmon diffus, gangrène).

Le début brusque des accidents généraux avait singulièrement frappé M. Le Dentu dans plusieurs circonstances. C'est quelquefois un véritable coma, une pseudo-apoplexie qui annonce l'irruption de la maladie. « On peut alors, sans exagération, appeler *foudroyantes* ces formes spéciales toujours graves, se rattachant certainement à une infection septique (p. 46). On peut dire que toutes les lymphangites qui se développent dans un moment où la septicémie et la pyohémie font de nombreuses victimes, peuvent revêtir, dès leur début, les caractères de la malignité. Toutes celles, qui reconnaissent pour cause l'absorption de matières septiques nées dans une plaie ou introduites par inoculation dans les radicules des vaisseaux blancs, peuvent se terminer rapidement ou en peu de jours par la mort. La forme sidérante soudaine, foudroyante, est une des plus redoutables (p. 54). »

Il est bon d'ajouter que cet article date de 1875 et que l'auteur donnerait à coup sûr une place moins large aux formes graves de l'angioleucite, s'il avait à écrire aujourd'hui sur le même sujet, à cause de leur rareté actuelle.

Observations et présentations de pièces anatomiques.

45. — Des abcès lymphangitiques profonds à marche chronique. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 162.)

Les deux observations dont se compose ce travail semblent démonstratives au point de vue de l'existence des lymphangites chroniques non tuberculeuses,

suivies de suppuration, et tout à fait comparables par la distribution des foyers, aux lymphangites aiguës compliquées d'abcès en chapelet.

46. — Rétrécissement généralisé et graduel du système artériel. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 498.)

Le malade, amputé de la jambe gauche il y a trois ans, pour une gangrène du pied, est rentré à l'hôpital Saint-Louis pour des lésions superficielles du même ordre siégeant sur plusieurs orteils du pied droit. Le pouls n'est pas perceptible sur la radiale droite; il l'est à peine sur la radiale gauche et sur la crurale du côté amputé. Le pouls de la fémorale à droite est loin de présenter l'intensité du pouls radial normal. L'examen des artères de la jambe amputée a montré qu'il s'agissait d'une sorte d'artérite distincte de ce qui est décrit sous le nom d'artério-sclérose.

47. — Embolie pulmonaire. Mort subite. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 494.)

Un malade était entré à l'hôpital Saint-Louis pour la rupture d'une veine variqueuse. Il s'était produit à la suite de cet accident une phlébite d'assez grande intensité. Un jour que le malade était descendu au jardin, malgré la défense qui lui en avait été faite, il succomba rapidement avec tous les signes de l'embolie pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva dans l'artère pulmonaire un caillot replié sur lui-même, ayant une longueur de 19 centimètres. L'une des extrémités, effilée comme une tête de serpent, était logée dans une des valvules sigmoïdes; l'autre présentait une cassure oblique.

La longueur inaccoutumée du caillot fait de ce cas un des plus intéressants qui aient été observés.

48. — Deux observations de phlébite des sinus de la base du crâne consécutive à un furoncle de la face. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1865, p. 326.)

E. — Appareil digestif et ses annexes.

49. — Des hernies en général. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XVII, p. 513-629.)

Les travaux de Malgaigne sur les hernies, les discussions très vives auxquelles ils avaient donné lieu, la thèse d'agrégation de Broca, les leçons cliniques de Gosselin, avaient rajeuni ce sujet tant de fois abordé et resté obscur dans quelques-unes de ses parties. Il y avait intérêt à constituer avec ces documents modernes une étude d'ensemble résumant l'état de la science, après les débats contradictoires soulevés par les publications citées plus haut.

Chargé de l'article Hernies du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Le Dentu profita de l'occasion qui s'offrait à lui pour faire de cette intéressante question un exposé didactique aussi complet que possible. A la même époque il consacrait aux accidents des hernies plusieurs leçons qui inaugurèrent, avec les leçons de M. Brouardel sur les fièvres éruptives, l'enseignement libre des agrégés à la Faculté.

L'article se divise en deux parties. Dans la première il est traité des hernies non compliquées. Il restait peu de chose à dire, après J. Cloquet, Cruveilhier, Malgaigne, sur leur anatomie pathologique et leur pathogénie; mais il y avait à discuter en passant certaines allégations de Kingdon et de Roser, qui ne pouvaient être acceptées sans contrôle, relativement à la laxité du mésentère, comme cause prédisposante, et à l'influence du défaut d'oblitération du canal inguinal. L'auteur se montre peu disposé à admettre ces deux propositions évidemment trop absolues de Roser : « *Les hernies crurales se développent par suite d'une attraction du péritoine au dehors, et les hernies inguinales sont presque toujours congénitales; elles sont dues en général à l'occlusion incomplète du canal vaginal.* »

Il fait jouer un rôle prédominant à l'effort dans la pathogénie des hernies, soit à l'effort brusque qui détermine la *hernie de force*, soit à l'effort répété, qui amène peu à peu la *hernie de faiblesse*, mais il admet aussi que « *l'influence des contractions musculaires et de la pesanteur trouve, sans doute, un concours favorable dans la faiblesse des anneaux, qu'elle soit congénitale ou acquise, qu'elle soit due à la laxité des tissus fibreux ou à des dimensions exagérées, acquises ou congénitales.* »

L'étiologie est basée sur les statistiques de Malgaigne, de Kingdon, de Bryant. Elle met en relief cette particularité avancée par Malgaigne, mais concordant peu avec les résultats des statistiques antérieures, que chez les femmes il y a *un peu plus* de hernies inguinales que de crurales. L'auteur est arrivé aux mêmes conclusions, d'après les relevés qu'il a fait pendant trois ans, au service des bandages du bureau central des hôpitaux.

A propos du traitement, quelques pages sont consacrées à l'historique de la cure radicale. Il n'était pas encore question alors des procédés modernes, auxquels la pratique de l'antisepsie assure une innocuité assez grande pour qu'il soit permis d'y recourir dans certaines conditions déterminées. Cependant l'auteur termine ce chapitre par cette réflexion : « La récidive, voilà la vraie pierre d'achoppement des opérations radicales, et jusqu'au jour où l'on aura trouvé une méthode sûre, au double point de vue des résultats immédiats et définitifs, on devra, sans hésiter, donner la préférence au traitement par les bandages. »

La deuxième partie de l'article est consacrée aux accidents des hernies. Établir le rôle de l'engouement, de l'inflammation, de l'étranglement dans la pathogénie des grands accidents, telle était la question délicate qui se présentait à l'examen de l'auteur.

Leur histoire se divise en quatre périodes.

Dans la première on les explique par l'obstruction et l'inflammation; dans la seconde, qui commence à Franco, l'étranglement fait son apparition et le débridement prend place dans la médecine opératoire; mais l'étranglement est consécutif à l'inflammation.

La troisième période commence avec le célèbre mémoire de Goursaud. L'engouement ressuscite, mais sous une forme nouvelle. Il y a un étranglement par engouement, et un étranglement *avec* inflammation (et non *par* inflammation, ainsi qu'on l'a fait dire à Goursaud.)

Malgaigne est le premier nom de la quatrième période. L'engouement est nié de nouveau et l'inflammation reprend un rôle prédominant. Broca développe cette idée avec un talent incontesté; mais déjà dans les leçons de Gosselin l'influence de l'inflammation n'est plus présentée avec le même absolutisme et la théorie de l'étranglement mécanique tend à reprendre le dessus.

Comment démêler la vérité au milieu de tant d'assertions contradictoires? Malgré l'autorité des maîtres qui l'avaient précédé sur ce terrain, M. Le Dentu n'a pu accepter la théorie de l'inflammation sans de très grandes réserves. Il a résumé ses idées dans les propositions suivantes :

1° L'inflammation des hernies est un fait incontestable, aussi bien pour les entérocèles que pour les épiplocèles.

2° Elle peut succéder à l'engouement, à la présence d'un corps étranger, aux traumatismes, à la marche prolongée, aux efforts répétés.

3° Elle peut parcourir toutes ses phases sans amener l'étranglement (grosses hernies). Ces cas correspondent au pseudo-étranglement de Malgaigne.

4° Quand la hernie enflammée est petite ou moyenne, parfois même, exceptionnellement, malgré son gros volume, le gonflement amène l'étranglement, sur le collet ou les anneaux fibreux, suivant les cas; c'est l'étranglement *consécutif*, correspondant, avec les pseudo-étranglements, à l'étranglement par engouement de Goursaud.

La marche de l'étranglement consécutif présente quelquefois une assez grande rapidité, ce qui le rapproche des étranglements vrais.

5° Enfin, il y a une nombreuse classe d'étranglements que l'inflammation est impuissante à expliquer. Ceux-là peuvent se compliquer d'inflammation, mais la constriction exercée sur les viscères est primitive; elle s'établit d'emblée sous l'influence de causes toutes mécaniques.

C'est l'étranglement primitif aigu, correspondant à la classe des étranglements *avec* inflammation de Goursaud.

Pour ce qui est de la cause mécanique qui empêche l'anse intestinale, une fois sortie brusquement, de rentrer dans l'abdomen, l'auteur n'est pas éloigné d'admettre la théorie de l'engouement gazeux d'O'Beirn, d'après laquelle l'irréductibilité serait due à l'arrivée brusque dans l'anse herniée d'une certaine quantité de gaz poussée au dehors par un effort. A cette notion Roser a ajouté celle du plissement valvulaire de l'intestin et de la rétraction du sac qui suivrait immédiatement sa distension. La vérité doit être dans ces deux explications, et c'est peut-être aller chercher bien loin que d'imaginer d'autres théories plus compliquées.

Cette très courte analyse suffira sans doute pour montrer dans quel courant d'idées s'est tenu l'auteur de cet article. Après un certain nombre d'années de pratique chirurgicale, la théorie mécanique de l'étranglement, particulièrement pour les hernies crurales, a de plus en plus ses prédilections. En revanche un certain nombre de hernies inguinales et un nombre encore plus grand de hernies ombilicales offrent à l'inflammation un terrain favorable, par leur volume, qui les expose aux traumatismes, et souvent aussi par l'application de bandages insuffisants ou défectueux.

Il n'y a pas à insister sur les règles du traitement : Faire peu de taxis, opérer hâtivement, tels sont les préceptes fondamentaux pour les cas où le

diagnostic est précis. Aujourd'hui l'auteur exagérerait volontiers ces deux préceptes en disant : Faire le moins possible de taxis, sans cependant le proscrire tout à fait; opérer encore plus hâtivement.

50. — Statistique d'opérations de hernie étranglée, d'après Collis. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 125.)

Il résulte de cette note que d'après Collis (*Dublin quarterly Journ.* 1861, p. 293), l'avantage resterait aux opérations sans ouverture du sac. Seulement comme cet auteur a relevé 504 morts sur 1029 opérations de kélotomie avec ouverture du sac, proportion tout à fait différente de celle que tous les chirurgiens obtiennent aujourd'hui, on ne peut accorder une valeur réelle aux déductions du chirurgien irlandais.

51. — Des rétrécissements du rectum. (*Clinique de l'Hôtel-Dieu. Gaz. des hôp.*, 1875, p. 1025 et 1043.)

52. — Des kystes du pancréas. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 197-214.)

M. Théophile Anger avait présenté à la Société anatomique un kyste d'origine traumatique développé dans la queue du pancréas. L'examen histologique fait par Legros, notre ami commun, avec sa compétence indiscutée, avait révélé des particularités capables de lever tous les doutes relativement au siège précis de ce kyste. Des débris d'acini intacts se rencontraient dans sa paroi; leurs culs-de-sac étaient tapissés par un épithélium nucléaire.

En 1862, M. Le Dentu avait pris dans le service de Grisolle l'observation d'un cas du même genre. Le sujet était un jeune homme qui avait reçu quelques mois auparavant un coup de timon dans l'épigastre. Au moment de son entrée à l'hôpital, une tumeur globuleuse, assez mobile, du volume d'une tête de fœtus, occupait la région épigastrique. On la prit pour un kyste hydatique du foie et le traitement par la méthode de Récamier eut pour résultat de mettre à découvert la face antérieure de l'estomac, qui fut incisé, sans qu'il y eût d'adhérences entre cet organe et la paroi abdominale. La mort survint en deux jours.

L'autopsie montra que la tumeur était un kyste développé aux dépens de la tête du pancréas. Il n'y avait pas plus de doutes à concevoir sur le point de départ de la tumeur que dans le cas de M. Anger.

Ces deux faits très analogues, surtout au point de vue de la pathogénie, furent le point de départ de l'étude anatomo-pathologique et clinique à laquelle s'est livré l'auteur. Il put, en comparant les uns aux autres les cas de Morgagni, de Lobstein, de Bécourt, de Stœrk, de J. Cruveilhier, de Cornil, établir avec ces observateurs une distinction entre les kystes acineux et les kystes par dilatation du canal de Wirsung, entre les kystes multiloculaires et les kystes à cavité unique.

Il essaya en plus de tracer les règles qui permettraient à l'occasion de faire le diagnostic d'une affection aussi exceptionnelle. Ayant été frappé, dans le cas qui lui est personnel, par la mobilité du kyste, par son siège profond, et surtout par le bruit hydro-aérique dû à la présence de l'estomac en avant de la tumeur, il attribua à ces signes, et particulièrement à ce dernier, une valeur considérable. On conçoit cependant très bien qu'il puisse faire défaut.

Le fait est que les kystes, même mobiles, du foie sont placés ordinairement en contact direct avec la paroi abdominale et refoulent l'estomac en bas au lieu de s'en coiffer, tandis que les kystes du pancréas envahissent d'abord l'arrière-cavité des épiploons et s'y développent avant de s'insinuer entre les viscères.

Observations. Présentations de malades et de pièces anatomiques.

53. — Dissection d'une longue portion d'intestin invaginé consécutivement à la formation d'un anus contre nature. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1869, p. 443.)

Pièce provenant du service de M. Verneuil. On y retrouvait les diverses couches propres aux renversements complets de l'intestin. Des adhérences unissaient par places les deux feuillets de la séreuse.

54. — Hernie traumatique de l'épiploon. (*Thèse de doct. de Zablocki sur l'épiplocèle traumatique.* Paris, 1869.)

55. — Déchirure profonde du foie. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1864, p. 84.)

Contre l'ordinaire, la direction de cette déchirure était transversale par rapport à l'axe du corps, tandis que, dans la plupart des faits connus, on l'a trouvée oblique ou antéro-postérieure.

56. — Kyste hydatique très volumineux du foie guéri par une seule ponction. Présentation de la malade. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 411.)

F. — Appareil urinaire.

57. — Maladies de la prostate et de la vessie. (1 vol. grand in-8° de 800 pages, 1881, par MM. Voillemier et Le Dentu.)

M. Voillemier était mort, laissant inachevé son traité des maladies des voies urinaires, dont le tome premier avait paru en 1868. Celui-ci avait été entièrement consacré aux maladies de l'urèthre. Il restait à traiter de celles de la prostate et de la vessie. M. Le Dentu se chargea de terminer l'ouvrage dont la publication avait été si malheureusement interrompue.

Les documents laissés par M. Voillemier se réduisaient aux suivants :

Quelques notes sur la prostatite aiguë et les abcès de la prostate, un chapitre à peu près terminé sur les tumeurs bénignes de la prostate (hypertrophie de la prostate), un chapitre ébauché sur les poches vésicales, un chapitre presque achevé sur les corps étrangers de la vessie, un chapitre de médecine opératoire sur les différentes tailles, qui malgré certaines lacunes pou-

vait être utilisé, à condition d'être complété. La partie relative à la taille hypogastrique avait été traitée par Voillemier avec un soin spécial.

De plus l'article LITHOTRITIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, écrit par M. Voillemier, pouvait être inséré après avoir subi de nombreux et d'importants remaniements.

Enfin M. Voillemier avait laissé un certain nombre de fort belles figures gravées d'après les pièces de sa collection personnelle, qui ne pouvaient que donner un grand relief à l'ouvrage.

Il y avait, comme on le voit, beaucoup de lacunes à combler. Il fallait tout d'abord arrêter un plan général où les nombreuses formes morbides observées dans la prostate et la vessie auraient une place imposée par une méthode rigoureuse. Il s'agissait d'éviter le désordre et le défaut de coordination qui frappe dans tous les ouvrages consacrés jusqu'alors aux affections des voies urinaires. Telle fut la pensée qui guida M. Le Dentu dans la distribution des matières. Les affections de la prostate, moins variées, moins nombreuses que celles de la vessie, furent simplement réparties en un certain nombre de chapitres établissant une sorte de gradation depuis les plus simples jusqu'aux plus compliquées.

Un appendice consacré aux affections des vésicules séminales termine cette première partie.

Quant aux affections de la vessie, leur multiplicité, leur pathogénie parfois très spéciale, les connexions étiologiques de certaines d'entre elles, imposaient une classification plus étudiée, plus méthodique, plus conforme à la logique. Aussi M. Le Dentu les divisa-t-il en groupes comprenant, autant que possible, des affections similaires, sauf l'un d'entre eux qui réunit justement toutes celles qui n'avaient pas leur place marquée dans les autres groupes.

L'auteur a décrit successivement :

I. — Les lésions traumatiques.

II. — Les affections inflammatoires.

III. — Les altérations matérielles en corrélation avec les troubles de la miction.

IV. — Les processus destructifs.

V. — Les altérations de la sensibilité et de la motilité.

VI. — Les altérations organiques diverses.

VII. — Les néoplasies malignes.

VIII. — Les corps étrangers et les calculs.

IX. — Les arrêts de développement.

Comme complément à la partie purement descriptive de l'ouvrage, il a

semblé indispensable à l'auteur d'y adjoindre plusieurs chapitres d'un caractère général, sous le titre suivant : « *Complications et accidents communs aux affections des voies urinaires*. Cette troisième partie est composée de quatre chapitres :

I. — Hématurie dans le cours des affections des voies urinaires.

II. — Des complications rénales.

III. — Des paraplégies urinaires.

IV. — Accidents fébriles. — Septicémie urinaire. — Urémie.

L'auteur ne peut songer à présenter ici une analyse de chacun des groupes ou des chapitres qui viennent d'être énumérés. Il lui sera cependant permis de s'arrêter un instant sur ceux auxquels il s'est consacré avec le plus de prédilection.

Il signalera en premier lieu un essai de description didactique de la prostatite chronique, sujet obscur au premier chef, rendu particulièrement difficile par la similitude des symptômes avec ceux de plusieurs autres états morbides de l'urèthre profond, du col de la vessie et des vésicules séminales, sans compter les névropathies encore mal définies de cette région qui peuvent accompagner les états congestifs ou exister seules.

Une pièce, trouvée sur un sujet mort dans son service à l'hôpital Saint-Louis, lui a fourni le moyen de décrire les lésions de la prostatite chronique arrivée à un degré avancé. La figure annexée à cette description offre un exemple intéressant de la dégénérescence spéciale que subit l'organe : légère augmentation de volume, formation d'aréoles assez grandes pour admettre un grain de chènevis et même un gros pois, remplies d'un liquide visqueux, analogue à du gros miel, ou de muco-pus. L'examen microscopique a montré qu'il n'y avait dans aucun point de lésions tuberculeuses.

M. Le Dentu a eu la bonne fortune d'ajouter deux cas nouveaux à la liste fort courte des kystes de la prostate, non pas des kystes hydatiques (car aucun des exemples publiés jusque-là ne lui a paru suffisamment démonstratif), mais des kystes par rétention. L'un de ces kystes, peu volumineux, ressemblait beaucoup à celui que M. Voillemier a fait représenter ; le second était suppuré et occupait la place de la prostate entière.

L'appendice consacré aux maladies des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs est un résumé des travaux parus antérieurement sur ce sujet très peu approfondi. L'auteur ne se dissimule pas qu'il reste encore beaucoup à faire dans cette voie.

L'étude des lésions traumatiques de la vessie, rajeunie par des travaux récents, méritait un certain développement. Le consciencieux mémoire de

Bartels a été utilisé surtout comme propre à fixer le pronostic des plaies de la vessie et a fourni de précieux documents pour le chapitre des ruptures. L'auteur se rattache sans réserve à la pratique de la laparotomie suivie de nettoyage de la cavité abdominale, dans le cas de rupture intra-péritonéale de la vessie; mais pour que la suture soit possible, il faut que la solution de continuité soit voisine du sommet.

Sans s'arrêter sur les affections inflammatoires, dont la description a été présentée avec les développements qu'elles comportent, l'auteur signalera en passant un cas de catarrhe aigu, apparu sans contredit sous l'influence d'une lésion de la moelle, chez un individu atteint de fracture du rachis (p. 258). Dans des cas semblables on peut légitimement admettre, sinon un trouble trophique proprement dit, du moins une profonde perturbation de l'innervation vaso-motrice et une hyperémie générale de toutes les tuniques, essentiellement favorable au développement d'une phlegmasie catarrhale.

Notons, chemin faisant, les chapitres consacrés aux ulcères perforants chroniques, aux ruptures spontanées, à la névralgie, à l'irritabilité vésicale, aux spasmes, aux valvules du col, comme autant d'efforts ayant pour but de vulgariser des faits nouveaux ou de porter quelque clarté sur des points obscurs par eux-mêmes ou obscurcis par le vague des descriptions antérieures.

Si le groupe des altérations organiques diverses réunit des affections n'ayant guère de rapport les unes avec les autres, du moins renferme-t-il des faits d'un intérêt spécial par leur rareté; tels sont : les varices du col, les vésicules, les kystes, les tumeurs érectiles, les myomes à peine signalés alors, enfin le trichiasis accompagné de pilimiction. Aux faits de cette dernière catégorie déjà publiés par Delpech, Rayer, Broca, M. Larrey, l'auteur a pu en ajouter un, observé par lui en 1878 à l'hôpital Saint-Antoine.

Quant au chapitre des végétations, des polypes, des fongus de la vessie, il est bien certain que quelques-uns des faits qui y figurent seraient mieux placés actuellement dans le groupe des affections malignes; mais en 1881 on parlait à peine de ces dernières. Leur étude, poussée très loin depuis quelques années par M. Guyon et plusieurs de ses élèves, par Thompson en Angleterre, était à peine ébauchée. Les figures de M. Voillemier n'en gardent pas moins, au point de vue morphologique, une très grande valeur.

Le chapitre du cancer ne pouvait être traité que d'une façon très incomplète, faute de documents précis. Il renferme néanmoins trois exemples de cancer primitif, dont deux dus à M. Voillemier, le troisième à M. Le Dentu, qui l'a observé à la Salpêtrière en 1876.

Il serait inopportun de beaucoup prolonger cette analyse. Ayant à traiter

de sujets aussi classiques que les corps étrangers de la vessie, les calculs et leurs diverses méthodes de traitement, M. Le Dentu devait avant tout s'efforcer de tirer le meilleur parti possible des nombreux documents publiés sur ce sujet inépuisable; mais une méthode nouvelle venait de surgir et était à peine connue en France, c'était celle de Bigelow. Porter un jugement sur la lithulapaxie à peine née, à peine expérimentée, n'était pas chose absolument facile. Les documents étaient encore trop peu nombreux, et ils venaient à peu près tous de l'étranger. Néanmoins M. Le Dentu la considéra sans hésiter comme ayant de l'avenir. En tout cas il la crut digne d'un sérieux examen et en fit l'exposé sommaire, afin de la vulgariser sans retard.

L'événement a donné raison à cette première impression.

La troisième partie du *Traité des maladies de la prostate et de la vessie* offre au lecteur un court résumé de pathologie générale urinaire. L'hématurie, complication si fréquente et souvent d'un traitement si embarrassant, ne pouvait être laissée de côté. Les diverses formes de néphrite, non plus la pyélonéphrite suppurée, bien décrite depuis longtemps dans ses rapports avec les affections vésicales, mais les néphrites parenchymateuses et interstitielles, dont les corrélations avec les altérations du réservoir urinaire et de l'urèthre étaient connues de moins ancienne date, avaient leur place marquée à côté des troubles plus rares, plus contestés, désignés sous le nom de paraplégie urinaire, et des accidents désignés ordinairement sous le nom de fièvre urineuse.

Malgré la rareté des cas bien avérés de paraplégie urinaire, l'auteur, s'appuyant sur un fait personnel, croit devoir en admettre la possibilité et les assimile aux paraplégies d'origine utérine, dont la réalité n'est guère contestée de nos jours.

L'ouvrage se termine par l'examen critique des doctrines relatives à ce qu'on a appelé l'empoisonnement urineux. L'auteur pense que, sous un même titre, on a englobé des phénomènes d'ordres divers, mais il reste convaincu, après un examen impartial des faits et des arguments invoqués à l'appui de chaque doctrine, que, dans la très grande majorité des cas, les accidents ont pour cause le réveil d'une affection rénale préexistante. D'une interprétation plus difficile chez les sujets dont les reins sont sains, ils peuvent souvent être expliqués autrement que par l'absorption de l'urine.

Si cette façon d'envisager les choses est exacte, on peut ramener tous ces accidents à trois types, qui sont : 1° la fièvre par hyperémie réflexe des reins, accompagnée de suspension de l'excrétion urinaire, ou par réveil d'une néphrite préexistante; 2° la septicémie urinaire proprement dite, possible lorsque les muqueuses des bassinets, des uretères et de la vessie sont dépour-

vues de l'épithélium qui normalement leur enlève tout pouvoir absorbant; 5° l'urémie, due à une action suspensive exercée sur l'excrétion urinaire par un traumatisme, et d'autant plus à craindre chez les urinaires que, chez eux, les lésions rénales sont en rapport de causalité directe avec les affections de la vessie, tandis qu'elles sont en rapport de causalité indirecte chez les sujets atteints d'affections autres que des affections des voies urinaires. De ce rapport de causalité directe résulte une extrême fréquence des complications rénales et des accidents d'origine rénale chez les premiers, et une rareté relative des mêmes complications et des mêmes accidents chez les seconds; mais au fond, des deux côtés, la vraie cause des calamités opératoires est identique : ce sont les dégénérescences viscérales.

Les acquisitions nouvelles de la pathologie générale chirurgicale, dues pour une bonne part aux recherches persévérantes de M. Verneuil, auront largement contribué à mettre cette vérité en lumière et à donner une base clinique au pronostic des opérations, chez les sujets frappés d'une tare organique.

58. — Traité des affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales. (*Ouvrage en cours d'impression.*)

Cet ouvrage comprendra les chapitres suivants :

Première partie : affections traumatiques des reins, lithiase, affections inflammatoires, fistules, hydronéphorose, kystes, tuberculose, néoplasmes et technique des différentes opérations pratiquées sur ces organes.

Deuxième partie : affections des uretères.

Troisième partie : affections des capsules surrénales.

59. — Examen comparatif de 24 uréthrotomies internes et de 24 divulsions. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 367, et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1886, p. 471.)

Dans le mémoire ci-dessus mentionné M. Le Dentu a cherché à démontrer, par l'examen comparatif de deux séries d'uréthrotomies internes et de divulsions, que cette dernière opération pouvait donner des résultats aussi bons

que la première, sans exposer à de plus grands risques. La divulsion lui a paru offrir un avantage réel dans les circonstances suivantes :

1° Lorsqu'il s'agit de combattre ces spasmes de l'urèthre qui gênent la miction et se rapprochent beaucoup de ce que les auteurs ont décrit sous le nom de rétrécissement spasmodique.

2° Dans les rétrécissements inflammatoires accompagnés d'uréthrite chronique.

3° Contre les rétrécissements élastiques et rétractiles, ou inextensibles à partir d'un certain numéro.

4° Dans les cas compliqués de fistules urinaires et d'induration des tissus périuréthraux, lorsque cette induration ne va pas jusqu'à un véritable sclérème éléphantiasique et n'impose pas *à priori* l'uréthrotomie interne.

60. — Réplique dans la discussion sur l'uréthrotomie interne. Deux divulsions nouvelles. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 520.)

M. Le Dentu, après avoir répondu aux objections qu'on lui a adressées, maintient ses conclusions, sauf réserve relativement à la quatrième, qui concerne les rétrécissements compliqués de lésions extra-uréthrales, et particulièrement d'induration étendue des tissus ambiants, mais il pense que l'uréthrotomie externe dans ce cas vaudrait encore mieux que l'interne.

Observations et présentations de pièces anatomiques.

61. — Néphrite double *a frigore* suivie de suppuration. (*Th. de doct. de Amstein sur la pyélo-néphrite spontanée.* Paris, 1869.)

Les observations de ce genre sont d'une extrême rareté. M. A. Robin en a

trouvé à grand'peine quelques-unes à citer dans ses cliniques sur les maladies des reins. Chez la malade de M. Le Dentu les deux reins étaient parsemés de plusieurs petits abcès multiples, dont plusieurs étaient en voie de transformation kystique. La mort fut causée par le choléra (1866, hôpital Saint-Antoine).

62. — Kyste suppuré de la prostate. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 27, et *Traité des maladies des voies urinaires* de Voillemier et Le Dentu, t. II, p. 138.)

Sur un sujet entré dans le service de M. Le Dentu à l'hôpital Saint-Louis pour une hématurie légère, lequel urinait sans difficulté et avait rendu par l'urèthre quelques graviers phosphatiques, on trouva à l'autopsie :

Dans les reins les lésions d'une néphrite interstitielle au début ; dans la vessie des colonnes charnues circonscrivant un grand nombre de cellules dont quelques-unes étaient occupées par des graviers ; au niveau du col quelques fongosités commençantes, qui avaient sans doute fourni le sang de l'hématurie ; en arrière du col et de la prostate un cul-de-sac profond où était logé un calcul plus volumineux que les autres.

Les lésions les plus intéressantes se trouvent dans la prostate. Celle-ci, très hypertrophiée dans sa portion située au-dessus du canal, se prolonge de près de 3 centimètres en arrière du verumontanum et forme un lobe moyen saillant dans la vessie.

Presque toute la partie inférieure de l'organe est convertie en une vaste poche de la grosseur d'une petite mandarine, qui se termine en avant immédiatement derrière la portion membraneuse de l'urèthre, et en arrière au point où normalement les vésicules séminales pénètrent entre les deux lobes.

Les conduits éjaculateurs sont indépendants de cette poche. Cette dernière communique avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices qui ne sont autres que ceux des canaux excréteurs des glandes disparues. Une compression soutenue fait sourdre par ces orifices un liquide sanguinolent qui n'a pas les caractères objectifs du pus. Sa viscosité est cependant remarquable. La poche est uniloculaire, limitée par une paroi celluleuse mince et parfaitement unie.

La dégénération de la prostate a dû commencer par la dilatation kystique d'un grand nombre de glandules ; les tissus intermédiaires et les parois mêmes des culs-de-sac ont dû disparaître graduellement par atrophie. Ainsi s'expli-

quent : le volume du kyste devenu uniloculaire, son développement régulier à droite et à gauche de la ligne médiaire et sa communication avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices situés de chaque côté du verumontanum.

63. — Fausses routes étendues de l'urèthre. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1864, p. 15.)

L'une de ces fausses routes était longue de plusieurs centimètres. La prostate était notablement hypertrophiée.

64. — Présentation d'un moulage de verge atteinte d'hypertrophie éléphantiasique avec fistules urinaires multiples. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 400.)

65. — Plusieurs cas d'uretérite et de périuretérite. (*Thèse de doct.* de M. Tourneur, Paris, 1886.)

G. — Appareil génital des deux sexes. Mamelles.

66. — Des anomalies du testicule. (*Thèse pour l'agrégation en chirurgie*, 1869.)

Une des grandes difficultés du sujet que le sort avait désigné à l'auteur, était de faire rentrer dans le cadre d'une classification méthodique les nombreuses variétés d'anomalies du testicule décrites jusqu'alors. Ce n'était pas tout que d'emprunter à Godard les nombreux matériaux qu'il avait péniblement rassemblés, il restait à les coordonner dans un travail d'ensemble qui pût avoir les allures d'un petit traité didactique.

L'examen des différentes théories sur lesquelles est basée la tératologie,

devait naturellement servir de préambule aux chapitres purement descriptifs ou analytiques dont se compose ce travail. Celle qui a paru à l'auteur la plus conforme aux notions qui se dégagent de l'étude des anomalies du testicule, est la théorie dite de l'épigénèse, due aux deux représentants de l'anatomie philosophique : Serres et Is. Geoffroy-Saint-Hilaire. D'après cette théorie « l'animal offre aux différentes périodes de son existence embryonnaire ou fœtale des caractères qui sont ceux de l'état parfait dans les espèces situées plus bas, et au contraire les êtres qui appartiennent à ces dernières, reproduisant d'une manière fixe et arrêtée les conditions propres à l'état embryonnaire des animaux élevés, peuvent être considérés en quelque sorte comme des embryons permanents. »

Quelles que soient les objections qu'on puisse élever, avec Cuvier et Milne-Edwards, contre cette théorie, on ne peut qu'être frappé des arguments que lui fournit l'étude des anomalies du testicule. On en jugera par l'extrait suivant du chapitre v, qui a pour titre : *Des anomalies qui correspondent à une disposition normale chez les animaux* (p. 67) :

« Que nous apprend l'anatomie comparée? D'abord il y a un certain nombre d'animaux qui ont, comme l'homme, les testicules dans une poche spéciale située à l'extérieur : tels sont les quadrumanes, la plupart des carnivores; chez les didelphes, les kanguroos et le phascolome; les gerboises, la plupart des ruminants et des solipèdes....

Les poissons ont généralement deux testicules situés dans l'abdomen et munis d'un canal excréteur; mais chez l'amphioxus celui-ci fait défaut; les œufs ou la semence tombent dans la poche viscérale et sont entraînés au dehors par le courant expiratoire venant des branchies, fait important et qui peut expliquer un certain nombre des cas connus d'absence du canal déférent et de l'épididyme, le testicule s'étant développé séparément.

Jamais, d'après Milne Edwards, les testicules, même dans les espèces les plus dégénérées, ne se confondent entièrement; *ils se mettent quelquefois en contact* et semblent se fusionner, mais la coalescence n'est qu'apparente, et la séparation des deux glandes est possible; en revanche les ovaires sont quelquefois intimement unis. Il n'en est pas de même chez les batraciens, sauf le triton et la salamandre; les deux testicules ne peuvent plus être séparés par la dissection; ils forment une masse unique.

Les oiseaux font également partie de la section des animaux *testicondes*, c'est-à-dire ayant les testicules dans l'abdomen. Ils ont cela de commun avec certains mammifères, entre autres les monotrèmes, les cétacés vrais et herbivores,

les amphibies, les édentés et quelques pachydermes (éléphant, rhinocéros).

Les espèces chez lesquelles les testicules, situés ordinairement dans l'abdomen, descendent, à l'époque du rut, dans l'aine ou sous la peau du périnée (taupes, chauves-souris, rats, agoutis et plusieurs autres), servent comme de transition entre les premiers et ceux qui ont normalement les glandes séminales dans l'aine (certains rongeurs, quelques ruminants, pachydermes et carnassiers). Les civettes et le cochon les ont sous la peau du périnée, au-dessous de l'anus. »

Cette citation ne justifie t-elle pas pleinement la théorie énoncée plus haut? Elle a servi de base à l'auteur dans sa division du sujet et dans l'interprétation des faits relatifs à un certain nombre des anomalies dont il avait à s'occuper, à savoir la synorchidie, ou fusion des testicules, et les différentes variétés d'ectopies.

Mais revenons au plan général suivi à peu de chose près dans la description. Les anomalies du testicule se divisent en deux groupes. Elles peuvent être :

1° Envisagées indépendamment des rapports et de la position de l'organe.	Anomalies de volume	par excès.		Hypertrophie.
		par défaut		Atrophie.
	Anomalies de nombre	par excès.		Polyorchidie.
		par défaut	apparentes ou par fusion. .	Synorchidie.
			réelles ou par absence	Anorchidie.
2° Envisagées au point de vue de la position et des rapports de l'organe.	non descendu dans le scrotum.	Ectopie	dans un point du parcours normal.	
			d ns un point situé en dehors du parcours normal.	
	descendu dans le scrotum. . . .	Inversion.		

L'auteur ne peut entrer dans l'analyse détaillée de chacun des chapitres de l'ouvrage. Il se bornera à indiquer ceux qui lui semblent mériter le plus d'attention.

Après un historique aussi complet qu'il lui a été possible de le faire, il étudie successivement le développement normal et la migration du testicule, l'inversion dans ses diverses variétés, les anomalies de volume (hypertrophie, atrophie congénitales), les anomalies de nombre (polyorchidie, anorchidie vraie, unilatérale, ou bilatérale), y compris les cas d'absence d'une portion du canal déférent en même temps que du testicule; les anomalies correspondant à une disposition normale chez les animaux (synorchidie, anomalies liées à la migration : ectopie, monorchidie, cryptorchidie).

Les ectopies abdominales, inguinales, cruro-scrotales, crurales, périnéales sont successivement étudiées avec soin, et, comme corollaire, l'auteur ajoute à ses descriptions l'analyse des rapports du testicule, de son état anatomique, enfin de la pathogénie des ectopies. Le côté physiologique de la question est traité dans un chapitre spécial, où les conséquences de l'anorchidie ou de la cryptorchidie sont comparées à celles de la castration double pratiquée dans l'enfance, avant la puberté.

On y voit (et ceci semble prouvé par deux observations, sinon de cryptorchidie vraie, du moins d'ectopie inguinale) que dans un certain nombre de cas tout à fait exceptionnels, cette infirmité peut ne pas entraîner la stérilité.

L'exposé de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement conduit à la *deuxième partie*, où sont groupés tous les matériaux relatifs aux *complications* des anomalies testiculaires.

L'auteur y passe en revue successivement l'hermaphrodisme, les douleurs, les inflammations, les dégénérescences de diverse nature, les hydrocèles congénitales et enkystées, enfin les hernies.

Cette énumération suffira sans doute pour montrer que l'auteur a envisagé le sujet sous ses diverses faces et que, donnant la place la plus importante aux anomalies considérées dans leur pathogénèse et dans leur simplicité, il n'a pas omis les cas complexes, représentant les maladies de l'organe frappé d'anomalie et ressortissant à ce titre à la chirurgie pratique.

67. — Sur un cas d'hydrocèle graisseuse. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, p. 874).

68. — Des accidents occasionnés par la filaire du sang. — De son rôle pathogénique dans l'hydrocèle graisseuse. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 800-818.)

Le sujet de l'observation mentionnée à l'instant était un homme encore jeune ayant habité deux ans la Réunion et Nossi-Bé. Il fut admis à l'hôpital Saint-Louis pour une double hydrocèle. Le liquide d'aspect chyleux, qui en fut extrait, contenait des filaires dont la présence fut reconnue par le professeur Damaschino.

Ce fait fournit à M. Le Dentu l'occasion d'un travail d'ensemble qu'il lut à la Société de chirurgie trois ans plus tard. Dans ce travail, dont il a puisé

les éléments dans des revues récentes et particulièrement dans celle de M. H. Barth, l'auteur examine et critique tous les faits relatifs à l'histoire des accidents causés par la *Filaria sanguinis* et termine par ces conclusions :

1° S'il est démontré que le parasitisme est la cause réelle d'un certain nombre d'épanchements chyliformes et de chyluries, il paraît certain que la théorie parasitaire ne peut pas être appliquée à tous les cas ;

2° C'est par obstruction des ganglions, des troncs et des réseaux lymphatiques que la filaire déterminerait tous les désordres qui lui sont attribués.

Suit une étude de l'hydrocèle graisseuse, causée par la filaire, d'après les documents empruntés à Manson et à Magalhaês (de Bahia), étude forcément incomplète, attendu que les documents relatifs à cette question sont encore rares.

Une des conclusions les plus contestables de Manson, relativement au rôle de la filaire, est celle qui concerne l'étiologie de l'éléphantiasis des Arabes. M. Le Dentu, ayant eu à traiter depuis la publication de ce travail un malade atteint d'un éléphantiasis du scrotum, venu des Antilles, a cherché en vain la filaire dans le sang extrait par piqûre de la peau des bourses et dans la portion de scrotum qu'il a excisée.

69. — Hydrocèle enkystée du cordon, probablement spermatique. (*Leçon clinique ;* Hôtel-Dieu, 3 octobre 1874. *Mouvement médical*, 1874.)

A propos d'un malade de la salle Sainte-Marthe, M. Le Dentu discute les diverses théories relatives aux kystes à contenu spermatique et cite un cas, observé par lui à l'hôpital Saint-Antoine, de kyste spermatique contenant 1050 grammes de liquide. C'est à coup sûr un des plus volumineux qui aient jamais été vus.

70. — Hystérectomie vaginale ; observation suivie de l'exposé d'un procédé de ligatures multiples des ligaments larges au moyen d'un porte-fil spécial. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1885, p. 738.)

L'instrument dont l'auteur s'est servi est une sorte d'aiguille mousse, semblable à un petit cathéter très recourbé sur lui-même, cannelé du côté de sa

convexité. Son bec est percé de deux chàs placés l'un devant l'autre. Cette disposition permet de faire passer à travers les ligaments larges l'anse d'un fil dont les deux chefs sont logés dans la cannelure de l'aiguille. Cet instrument pourrait servir, en dehors de l'hystérectomie, pour porter une ligature profonde autour d'un pédicule difficile à contourner ou à travers ce pédicule. Il est désigné sous le nom de porte-ligature cannelé à double chàs.

71. — Hypertrophie du col utérin. (Hôtel-Dieu. *Leçon clinique* du 19 septembre 1874. *Mouvement médical*, 1874, p. 456.)

A propos d'un cas d'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col, chez une femme nullipare, M. Le Dentu étudie d'une manière générale l'hypertrophie utérine et les diverses méthodes qui lui conviennent. Il conclut, pour le cas actuel, à l'amputation du col.

72. — Du péritonisme envisagé comme indication de l'ovariotomie. (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, 5 novembre 1878, et *Revue de Chir.*, t. V, 1885, p. 1.)

Gubler a défini le péritonisme « l'ensemble des phénomènes graves et souvent mortels qui viennent compliquer la péritonite ou plutôt les *lésions quelconques* des organes tapissés par le péritoine », ce qui veut dire que le péritonisme représente dans certains cas les phénomènes nerveux de la péritonite ou se développe indépendamment de la péritonite, à la suite de lésions ou d'irritations de diverse sorte du péritoine. Par exemple les phénomènes nerveux de l'étranglement intestinal rentrent dans le cadre du péritonisme. De même aussi les accidents graves qui se développent chez les femmes atteintes de kyste de l'ovaire, qui simulent à s'y méprendre la péritonite vraie, sont des manifestations du même genre.

On sait aujourd'hui qu'ils dépendent, soit de la torsion du pédicule, soit d'un raptus congestif vers la tumeur, qui en cause la distension et engendre ainsi les douleurs atroces qu'éprouvent les malades. Il se peut qu'un certain degré d'inflammation, capable de dépasser la paroi du kyste, soit la conséquence de cette hyperémie subite et gagne les régions voisines du péritoine.

Quoi qu'il en soit de la cause réelle des accidents, leur brusquerie, leur intensité, leur répétition sont pour la vie des malades une menace si grave

que l'intervention s'impose, même dans le cas de kyste peu volumineux.

Une ovariotomie faite dans ces conditions par M. Le Dentu et suivie de guérison a été le point de départ de ce travail.

73. — Variété peu commune d'engorgement de la mamelle. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1874, p. 600.)

Il s'agit d'une femme de 79 ans, qui, à la suite de certains troubles utérins, présenta dans une des mamelles d'abord, puis dans les deux, un engorgement caractérisé par une rougeur assez vive de la peau, une résistance élastique de tous les tissus (derme, tissu conjonctif sous-cutané, glande mammaire, ganglions axillaires). Ces symptômes durèrent plusieurs semaines et cédèrent entièrement au traitement et particulièrement à la compression. La rougeur n'était pas celle de l'érysipèle; le gonflement n'était pas de nature œdémateuse, car le doigt n'y laissait pas d'empreinte. Il n'existait dans les glandes mammaires aucune cause d'irritation locale.

L'affection avec laquelle l'auteur trouve que cet engorgement a le plus de rapport est l'*œdème actif de la mamelle* ou *hypertrophie simple œdémateuse de la mamelle*, de J. Cruveilhier. Mais cet œdème actif aboutirait ordinairement à l'induration hypertrophique de la glande mammaire et quelquefois à l'éléphantiasis de cet organe. Or, dans le cas de M. Le Dentu, la résorption de l'engorgement a été complète. Une assimilation rigoureuse n'est donc pas possible entre cet engorgement et l'œdème actif.

Cependant, au fond, telle est l'opinion qui se dégage de la communication de l'auteur, et s'il a cru pouvoir désigner l'affection qu'il a observée sous la dénomination de *sclérème phlegmasique temporaire*, qui en résume les particularités les plus frappantes, il en a peut-être pénétré la véritable pathogénie en ajoutant : « Cette forme d'œdème dur ne serait-elle pas dans son essence une lymphangite réticulaire diffuse subaiguë ? »

Aucun autre fait du même genre n'a été depuis lors soumis à son observation.

74. — Tubercules de la mamelle. (*Revue de Chir.*, 1881, p. 26.)

Le principal élément de ce travail est une observation de tuberculose mammaire, complète par le diagnostic : *mammite scrofuleuse*, qui fut porté,

complète surtout par l'examen histologique qui fut fait de la glande mammaire tout entière, après son ablation.

La maladie avait commencé par un abcès froid de la mamelle reconnu et incisé par M. Le Dentu ; puis plus tard de nouvelles collections s'étaient ouvertes à l'extérieur, mais ne s'étaient pas taries. Plusieurs fistules versaient au debors un liquide séro-purulent.

Les poumons étaient indemnes. L'amputation totale du sein fut suivie d'une prompte guérison.

Observations et présentations de pièces anatomiques.

75. — Grand kyste de la paroi antérieure de l'utérus. (*Bull. de la Soc. Anat.*, 1868, p. 140.)

Ce kyste était uniloculaire et occupait la paroi antérieure du corps de la matrice. Le canal cervico-utérin avait subi une élongation remarquable.

76. — Kyste hydatique de la mamelle. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1873, et *Gaz. Médic.*, 1873, p. 17.)

Chez une femme, que l'on croyait atteinte d'une affection maligne du sein (petite tumeur dure, mal délimitée, adhérente à la peau), M. Le Dentu vit sortir, à la première incision, une poche des dimensions d'un œuf de pigeon, qui s'échappa presque d'elle-même de la cavité à parois fibreuses très denses où elle était emprisonnée. C'était une hydatide stérile. Dans le liquide qui la distendait et qui offrait les caractères ordinaires du contenu des kystes hydatiques, il n'y avait pas de crochets d'échinocoques.

Les exemples de kystes parasitaires de la mamelle relatés par Davaine sont au nombre de cinq ou six. Le plus récent avant celui-ci avait été observé par Velpeau.

77. — Sur un cas de mamelle irritable. (Clinique de l'Hôtel-Dieu. *Gaz. des Hôp.*, 1874, p. 937.)

78. — Fibrome lacunaire de la mamelle chez un homme. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1885, p. 900.)

Ce cas, peut-être unique dans la science, était remarquable par le sexe du sujet, par la lenteur excessive du développement de la tumeur et par la présence de nombreux petits kystes, au milieu d'un tissu fibreux dense, uniquement constitué par des faisceaux de fibres lamineuses. Diverses particularités d'ordre clinique avaient rendu possible un diagnostic exact.

H. — Régions diverses : tête, cou, membres.

79. — Pathologie chirurgicale de la face. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XIV, p. 472-510.)

80. — Article Orbite (anatomie et pathologie). (*Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXIV, p. 690-724.) En collaboration avec E. Labat.

81. — Note sur les ulcérations tuberculeuses de la bouche, à propos d'un cas d'ulcérations tuberculeuses des lèvres. (Clinique de l'Hôtel-Dieu; *France médicale*, 1877, p. 25 et 31, et *Congrès pour l'avancement des sciences*, Grenoble, 1876.)

82. — Des Kystes du corps thyroïde. (Hôtel-Dieu, *Leçons cliniques* du 29 août et du 19 septembre 1874; *Mouvement médical*, 1874, p. 455.)

83. — Pathologie et séméiotique de la main. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXI, p. 282-387).

84. — Des plaies artérielles de la main. (Hôtel-Dieu, *Leçons cliniques* recueillies par M. Garnier; *Union médicale*, 1875, t. XX, p. 894 et 918.)

85. — Article Ongles (anatomie, physiologie, pathologie et séméiotique. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XXIV, p. 539-576.)

Observations et présentations de pièces anatomiques.

86. — Kyste dermoïde huileux congénital du front. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879, p. 865.)

La tumeur était située à la racine du nez, entre les deux sourcils. On ne s'était aperçu de sa présence que depuis six ans (la jeune malade en avait seize). Elle adhérait au périoste par un petit pédicule implanté bien au milieu de la région. Elle put être excisée d'une pièce.

Avant l'incision la poche paraissait mince et offrait une translucidité remarquable. Incisée, elle laissa échapper un liquide jaune citron clair, tout à fait comparable à de l'huile d'olive figée. Dans ce liquide on voyait un grand nombre de poils de 4 à 5 millimètres de long, ainsi que des grumeaux de matière grasse et de cellules épithéliales.

87. — Plaie de la région frontale et du cerveau par arme à feu. Encéphalite suppurée tardive. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1885, p. 771.)

L'intérêt de cette observation réside surtout dans ce fait que la balle était enkystée dans une poche celluleuse creusée aux dépens du lobe occipital gauche, poche *non suppurée*, qui était séparée par une petite couche de tissu sain d'un long foyer d'encéphalite diffuse *suppurée*. M. Le Dentu, pensant que les lésions devaient être mal limitées, avait rejeté la trépanation comme devant être inutile.

88. — Cas de grenouillette intermittente. (*Disc. à la Soc. de Chir.*, 1880, p. 275.)

89. — Note sur un cas de névralgie traumatique du nerf obturateur. (*Gaz. des hôpitaux*, 1874, p. 178.)

III. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE

A. — Thérapeutique. Pansements. Appareils.

90. — Des pansements antiseptiques. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879, p. 229.)

Dans le cours de la discussion sur les pansements antiseptiques, M. Le Dentu, après avoir longuement développé les raisons pour lesquelles il s'est rallié à la méthode de Lister, expose les résultats de sa pratique hospitalière pendant les deux années précédentes.

91. — Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers. (*Leçons cliniques* faites à l'hôpital Saint-Louis, recueillies par M. Delapersonne. *France médicale*, 1882, p. 329 et 361).

Les chirurgiens allemands commençaient à se servir de l'iodoforme pour le pansement des plaies, et ils l'avaient fait avec une extraordinaire prodigalité, car la quantité de ce produit employée dans certains cas avait atteint jusqu'à 100 grammes. De là toute une échelle d'accidents pouvant aller jusqu'à la mort. Les cas nombreux rapportés par les chirurgiens allemands eux-mêmes étaient bien faits pour refroidir l'enthousiasme du début. M. Le Dentu jugea utile d'attirer l'attention sur les dangers de cette méthode de pansements.

Comme les accidents étaient dus principalement aux doses massives employées dès l'abord, comme la gaze iodoformée s'est substituée à la poudre

d'iodoforme et que cette dernière n'est plus mise en contact avec les plaies récentes qu'en faible quantité, les accidents graves ne sont plus à craindre et l'iodoforme doit être proclamé un des agents les plus sûrs dont dispose la méthode antiseptique.

92. — De la révulsion interstitielle au moyen des injections sous-cutanées de nitrate d'argent. (*Bull. de la Soc. clinique*, 1877, p. 57, et *France méd.*, 1877, p. 225 et 243.)

Plusieurs observations réunies dans ce travail, auxquelles l'auteur pourrait en joindre plusieurs restées inédites, prouvent la puissance de ce moyen, pour certaines névralgies, pour certaines formes d'ostéite névralgique, et d'une manière générale, pour tous les points douloureux bien circonscrits, réfractaires aux ressources ordinaires de la thérapeutique.

93. — De la fève de Calabar. (*Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XIV, p. 649-657.)

94. — De l'emploi des anesthésiques dans la trachéotomie. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1887, p. 267.)

Dans un rapport sur quatre observations de trachéotomie avec chloroforme envoyées à la Société de chirurgie par le Dr Houzel, M. Le Dentu avait cherché à déterminer dans quelles conditions il est permis d'anesthésier les sujets atteints d'affections des poumons, des plèvres et du cœur. Pour ce qui est des affections du larynx et particulièrement du croup, la question est plus délicate. Aussi y a-t-il lieu de distinguer les cas où l'asphyxie est purement mécanique de ceux où elle se rattache surtout au spasme des muscles du larynx.

Le résultat des premières inhalations de chloroforme est le critérium sur lequel il faut se guider. « Si la respiration se régularise et se ralentit immédiatement, si la teinte asphyxique des téguments tend à s'atténuer, on est autorisé à continuer. Si ces changements favorables n'ont pas lieu de suite, il y aurait danger à poursuivre. »

En manière de conclusion, M. Le Dentu ajoute : « Je repousse la chloroformisation comme périlleuse, pour tous les cas où l'asphyxie déjà très prononcée peut faire craindre la mort pendant l'opération, pour ceux aussi où l'on ne serait pas suffisamment sûr de ses aides ou de soi-même, pour ceux où l'on agit dans des conditions défectueuses. Je la repousse encore comme inutile dans la plupart des cas, si l'on doit employer un procédé très rapide, comme celui de M. de Saint-Germain, si l'on ne se sert pas du thermocautère, si enfin on a affaire à un malade courageux pour qui une incision n'est pas un épouvantail.

« Mais comme on peut avoir à compter avec la pusillanimité des malades, avec la résistance des parents à toute opération sans anesthésie, il est bon de savoir que le péril de la chloroformisation, dans les circonstances déterminées plus haut, n'est pas assez grand pour arrêter le chirurgien. »

A la suite d'une discussion qui a eu pour résultat de montrer que, relativement à l'emploi des anesthésiques, la conduite des chirurgiens étrangers était tout autre que celle des chirurgiens français, M. Le Dentu a cité l'opinion d'un certain nombre de chirurgiens allemands, anglais, américains, italiens, et a conclu du désaccord de pratique révélé par cette discussion que, si l'anesthésie dans la trachétomie avait été si peu employée en France, c'est qu'elle ne s'imposait pas comme un bienfait indiscutable. Elle est cependant rationnelle dans les circonstances énumérées plus haut.

95. — Des contre-indications de la réunion immédiate dans les amputations. (*Disc. à la Soc. de Chir.; Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, p. 627.)

96. — Traitement des anthrax. (*Disc. à la Soc. de Chir.; Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, p. 305.)

97. — Appareil inamovible *à claire-voie* pour tous les traumatismes de l'épaule et de l'extrémité supérieure de l'humérus. (Gillette, *Chirurgie journalière des hôpitaux*, p. 488.)

Cet appareil, dont M. Le Dentu se sert depuis sept à huis ans, est une

simplification des appareils de Desault et de Velpeau, mais il n'a avec eux que des analogies éloignées. Les pièces nécessaires pour son application sont :

1° Une bande de toile de 7 à 8 mètres de long ;

2° Un petit coussin axillaire donnant attache par deux de ses angles à un bout de ruban de fil ;

3° De l'ouate en couche mince, disposée en deux rouleaux larges de 15 centimètres, longs de 1m,50 à 2 mètres ;

4° Une bande de 6m,50 à 7 mètres de long, sur 12 centimètres de large, formée de huit épaisseurs de mousseline maintenues par un faufilé ;

5° Du plâtre fin de mouleur.

L'appareil se pose de la manière suivante :

1° On place le coussin axillaire en nouant les deux bouts de ruban sur l'épaule du côté opposé.

2° Le bras étant rapproché du corps et l'avant-bras placé à peu près à angle droit par rapport au bras, on dispose les rouleaux d'ouate suivant une direction qu'il est important de bien préciser. Il faut :

Partir de l'aisselle du côté sain, couvrir transversalement le dos, contourner le bras du côté blessé juste au-dessus du coude, garnir en avant l'avant-bras, le bord cubital de la main, en laissant libre l'extrémité des doigts, et rejoindre le commencement de la bande d'ouate dans l'aisselle du côté sain.

De ce point la bande d'ouate monte vers l'épaule blessée, en traversant obliquement le dos, contourne la clavicule, descend verticalement en avant de l'aisselle et du bord interne du bras jusqu'à l'avant-bras, contourne ce dernier immédiatement en dedans du coude, de haut en bas et d'avant en arrière, remonte en arrière vers l'aisselle et l'épaule, contourne cette dernière par un croisé qui l'amène en avant de la clavicule, croise alors obliquement la poitrine, en passant *entre cette dernière et la main* qui reste libre, et rejoint finalement l'aisselle du côté sain.

Ainsi se trouve constituée la carcasse de l'appareil qui se compose, en somme, d'une partie circulaire embrassant transversalement le tronc et d'un huit de chiffre, dans lequel le croisé correspond à la région sus-claviculaire du côté blessé, tandis que les boucles ou anses ont le sommet de leur courbe, d'une part, sous l'aisselle du côté sain, d'autre part, sous l'avant-bras au voisinage du coude.

Une seule épaisseur d'ouate suffit.

On peut, si l'on veut, la maintenir au moyen d'une bande de toile à laquelle on fait parcourir le même trajet.

Par-dessus l'ouate on place la bande de mousseline imbibée de plâtre, en

lui faisant parcourir exactement le même trajet. Seulement il est bon de passer deux fois, pour que l'appareil ait une solidité suffisante. La bande de mousseline étant déjà formée de huit épaisseurs, deux tours superposés de cette bande représentent seize épaisseurs de mousseline. A cette condition l'appareil a une solidité qui lui permet de rester en place trois ou quatre semaines sans se détériorer.

Il est indispensable de se conformer strictement au parcours décrit plus haut et de serrer un peu les tours de bande, surtout dans la portion qui, partant de l'épaule, va contourner l'avant-bras.

B. — Crane et face.

98. — Localisations cérébrales et trépanation. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, nouvelle série, 1877, t. III, p. 743-783.)

Le 6 décembre 1876 M. Terrillon avait présenté à la Société de chirurgie un homme chez qui un enfoncement traumatique de la bosse pariétale gauche avait nécessité la trépanation. Le présentateur avait exposé le même jour un procédé de mensuration qui lui avait permis de déterminer après coup quel point du cerveau avait été lésé. Ce procédé de mensuration, imaginé après la trépanation, n'avait donc pas servi de guide à l'opérateur. Ce dernier ne le préconisait que comme un moyen de fixer dans l'avenir la physiologie de l'encéphale avec l'aide de la clinique.

Ayant été chargé de faire un rapport sur cette communication, M. Le Dentu étudia avec soin la question des localisations cérébrales afin de montrer à son tour quel parti la clinique chirurgicale pourrait tirer de leur détermination précise.

Ce travail comprend trois parties principales :

1° Exposé et critique des travaux physiologiques ou cliniques relatifs aux localisations;

2° Discussion des indications et contre-indications de la trépanation;

5° Règles de la trépanation guidée par la connaissance de certains centres et par la topographie cranio-cérébrale.

Dans la partie physiologique l'auteur montre que la non-excitabilité des lobes cérébraux, affirmée par Lorry, Flourens, Hertwig, Longet, en dépit des assertions contraires de Haller et de Zinn, et des observations cliniques de Bouillaud et de Serres, ne peut plus être soutenue, en présence des recherches de Broca sur le centre du langage articulé et des expériences variées de Fritsch, de Hitzig, de Ferrier. Cependant cette doctrine trouve des contradicteurs dans d'éminents physiologistes tels que Schiff et Brown-Séquard.

En clinique les opinions contraires de Saint et de Huguenin n'effacent pas les affirmations très convaincues de Bouillaud, de Broca, de Griesinger, de Bernhardt, de Hughlings Jackson, de Charcot, de Landouzy, de Pitres, de Bourdon. On doit à ce dernier observateur un travail des plus intéressants dont les conclusions s'écartent un peu de celles de MM. Charcot et Pitres, tout en les confirmant dans leur ensemble. Inutile de revenir sur le long exposé physiologique et clinique à la suite duquel M. Le Dentu, se ralliant d'une manière générale à la doctrine des localisations, se croit autorisé à poser les conclusions que voici :

On sait que les centres les mieux connus sont tous groupés de chaque côté du sillon de Rolando et qu'ils se succèdent de bas en haut dans l'ordre suivant :

Centre moteur des lèvres et de la langue, centre du langage articulé;

Centre moteur de la moitié inférieure de la face;

Centre moteur du bras; centre commun au bras et à la jambe.

Ces centres seraient compris, d'après MM. Charcot et Pitres, dans une zone formée par le lobule paracentral, la circonvolution frontale ascendante, la circonvolution pariétale ascendante, et peut-être aussi le pied des circonvolutions frontales.

Suit la détermination approximative de ces centres, conformément aux conclusions des mêmes auteurs.

Une particularité sur laquelle M. Le Dentu insiste beaucoup, comme constituant une cause d'erreur en clinique, c'est qu'un centre moteur peut être englobé dans une lésion beaucoup plus étendue que ce centre lui-même, et être placé à la périphérie de cette lésion. Par exemple, tout un lobe frontal peut être envahi par un abcès, et c'est seulement lorsque la suppuration ou l'encéphalite atteint la circonvolution frontale ascendante, qu'elle se révèle par des troubles de la motilité. D'où une erreur possible et même probable dans l'interprétation des symptômes et dans la détermination anatomique de leur point de départ.

Qu'importe d'ailleurs, si la lésion d'un centre moteur sert de guide pour arriver jusqu'aux parties affectées?

Avant de faire à la trépanation l'application des données physiologiques précédentes, il fallait légitimer cette opération et indiquer dans quelles circonstances elle devait être pratiquée. L'auteur avait pour se guider la statistique importante de M. Le Fort et le très remarquable travail de M. H. Larrey. Il s'est appuyé en plus sur les recherches les plus récentes ayant pour but la connaissance intime de la texture des centres nerveux, et analysant avec une rigueur aussi grande que possible les symptômes *d'ordre dépressif* et *d'ordre irritatif* que peuvent engendrer les traumatismes de l'encéphale, il a essayé de justifier cliniquement les conclusions qu'il a émises, relativement à l'opportunité de la trépanation.

D'une manière générale elle peut-être utile :

« 1° En permettant d'extraire des corps étrangers ou des esquilles enclavées dans la dure-mère et le cerveau;

« 2° En facilitant l'évacuation des collections sanguines situées entre la dure-mère et le crâne, collections dont l'influence peut être funeste, soit par leur putréfaction, soit par la compression du cerveau;

« 3° En ouvrant une issue aux collections purulentes situées entre la dure-mère et le crâne ou dans les couches superficielles du cerveau. »

En dehors de l'enfoncement du crâne l'auteur rejette le trépan préventif. L'hémiplégie d'emblée accompagnée de stertor peut être considérée comme une indication; encore faudrait-il être arrivé à la quasi-certitude de l'existence d'une hémorrhagie *non compliquée de vaste contusion* du cerveau.

Dans un cas tout récent l'auteur s'est abstenu avec raison, car l'hémiplégie était causée par une *profonde contusion* du cerveau, contre laquelle la trépanation n'aurait pu rien faire.

Dans la troisième partie l'auteur expose l'opération du trépan réglée sur la connaissance des centres. C'était bien l'occasion de rappeler les réserves formulées chemin faisant dans la partie physiologique.

Ni l'hémiplégie, ni la monoplégie brachiale *isolée*, ni la paralysie faciale *isolée* n'indiquent pour la lésion un siège absolument constant; il en sera de même des convulsions de la face ou d'un bras.

C'est alors que l'application de plusieurs couronnes de trépan en regard du siège *présumé* de la lésion pourrait conduire au but.

« En revanche, l'indication de l'intervention étant bien nette, s'il y avait chez un sujet coïncidence de l'aphasie, de la paralysie faciale et de la monoplégie brachiale, je n'hésiterais pas, dit-il, à ouvrir le crâne en regard du tiers

inférieur de la circonvolution frontale ascendante, étant convaincu que j'atteindrais juste le milieu de la région affectée. »

Quant au moyen d'y arriver, l'auteur accepte le procédé de mensuration de M. Lucas-Championnière, basé lui-même sur celui de Broca pour atteindre le centre du langage articulé.

On prend l'apophyse orbitaire externe comme point de repère et l'on trace à partir de ce point une ligne horizontale, sur laquelle on compte 5 centimètres. A la limite du cinquième centimètre on élève une perpendiculaire de 5 centimètres. L'extrémité de cette dernière correspond au milieu du *centre du langage*. Pour la détermination du sillon de Rolando, on peut reconnaître aux procédés de MM. Lucas-Championnière et Pozzi une exactitude suffisante et les adopter en clinique.

Que l'on prolonge jusqu'à 7 centimètres la ligne horizontale de Broca et que, sur l'extrémité de cette ligne, on élève une perpendiculaire de 5 centimètres, on atteindra l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. Comme les plus importants des centres connus sont groupés aux environs de ce sillon, une ou plusieurs couronnes de trépan appliquées plus ou moins haut au-dessus du point désigné à l'instant, conduiront presque à coup sûr l'opérateur sur les régions cérébrales qu'il s'agira de mettre à nu et d'inciser.

99. — Procédé de traitement du symblépharon par l'autoplastie conjonctivale. (*Congrès de Lyon pour l'avancement des sciences*, 1873.)

Sur un malade atteint de symblépharon de la paupière inférieure, après dissection des adhérences de cette dernière avec le globe oculaire, un lambeau en pont, emprunté au segment supérieur de la conjonctive bulbaire, fut abaissé au-dessous de la cornée et fixé sur le segment inférieur de l'œil. Des fils partant du bord inférieur de ce lambeau, au niveau du nouveau cul-de-sac conjonctival inférieur, furent fixés à l'extérieur après transfixion de la paupière inférieure.

100. — De la blépharoraphie dans le traitement de l'ectropion. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, p. 683.)

101. — Traitement de la grenouillette par les injections de chlorure de zinc pur. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, p. 459.)

M. Théophile Anger avait proposé de traiter la grenouillette par l'injection de quelques gouttes d'une solution concentrée de chlorure de zinc. Chargé de faire un rapport sur cette communication, M. Le Dentu se proposa d'expérimenter ce moyen, mais il eut recours au chlorure de zinc à l'état d'hydratation spontanée. Un grand nombre d'essais suivis de succès l'amenèrent à en régler l'emploi ainsi qu'il suit :

1° Il est inutile de vider au préalable la grenouillette, excepté lorsqu'elle est très tendue. Il suffit alors d'en retirer le contenu d'une seringue de Pravaz.

2° Suivant le volume de la poche, on injecte une goutte, une goutte et demie, deux gouttes *au maximum*.

La réaction inflammatoire qui s'ensuit, quoique vive, n'a jamais causé d'accidents graves. Quand il se produit une mortification partielle de la poche, les parties environnantes restent toujours indemnes et l'élimination de l'eschare se fait vers le huitième ou dixième jour.

La période inflammatoire est terminée au bout de cinq jours. La guérison est complète du douzième au quinzième jour.

L'auteur n'a pas observé de récidive après cette injection, sauf peut-être dans un cas où la dose avait été insuffisante. Et encore, suivant toute probabilité, il y a eu un simple retard dans la guérison. Le nombre de ses observations est de plus de 25, depuis l'époque du premier essai (1878).

102. — Aiguille spéciale pour faciliter le passage de la chaîne de l'écraseur ou de l'anse galvanique dans l'amputation de la langue. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1880, p. 699.)

C'est une aiguille à courbe parabolique, dont la pointe et le chàs sont de champ, ce qui diminue les risques de blessure des branches artérielles. La courbe de cette aiguille, modelée sur celle du dos de la langue, est telle que, après avoir pénétré par la région sus-hyoïdienne et traversé la base de la

langue, la pointe vient se placer d'elle-même entre les lèvres, un peu au delà des arcades alvéolaires.

Cette aiguille doit avoir certaines dimensions qui ont été déterminées avec soin.

Observations.

103. — Enorme polype naso-pharyngien, ayant occasionné une cécité presque complète et une double exophthalmie, détruit en une séance par deux flèches de chlorure de zinc. Retour de la cécité et persistance de certains symptômes. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, p. 515.)

Des troubles cérébraux précédèrent la mort, qui survint plusieurs mois après. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un enchondrome de la base du crâne.

104. — Bec-de-lièvre double avec tubercule saillant de l'os intermaxillaire et division complète de la voûte et du voile du palais. Opération; guérison. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1878, p. 388.)

105. — Élongation du nerf lingual dans un cas de tic douloureux de la face et de la langue datant de 5 ans. Cessation de tous les phénomènes douloureux. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, p. 795.)

La guérison se maintint du côté de la langue, mais après trois mois les douleurs revinrent dans les autres branches du trijumeau et nécessitèrent plusieurs résections nerveuses.

106. — Cas de la laryngotomie intercricothyroïdienne. (*Disc. à la Soc. de Chir.*, 1886, p. 241.)

C. — Appareil locomoteur.

107. — De la myotomie sous-cutanée comme moyen de traitement des douleurs causées par certaines exostoses. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879, p. 408).

L'auteur avait observé deux jeunes sujets chez qui une exostose développée au voisinage des condyles du fémur donnait lieu à une contracture douloureuse du triceps. Il pensa que ces douleurs étaient dues à l'irritation de la face profonde du muscle et que la myotomie pourrait les faire cesser. Il la pratiqua chez les deux sujets par la méthode sous-cutanée et obtint la guérison.

L'un d'eux, présenté plus tard à la Société de chirurgie, était resté guéri; mais chez l'autre les douleurs, calmées tout d'abord, se reproduisirent au bout d'un certain temps à la suite de grandes fatigues. Il fallut extirper l'exostose, et comme la partie correspondante du fémur continuait à être le siège de vives souffrances, M. Le Dentu incisa la cicatrice, trépana le fémur jusqu'à la substance spongieuse et obtint la guérison complète.

L'opéré a été revu dans le courant de l'année 1886, sept ans après l'opération. La guérison s'est maintenue.

108. — Procédé pour la suture des tendons. (*Congrès internat. des sciences médic.*, Genève, 1877.)

Ce procédé consiste à former une sorte de cadre, avec un fil d'argent passé transversalement dans les deux bouts du tendon coupé, à quelque distance du bord libre. Les deux extrémités de ce fil sont ramenées au dehors par l'intermédiaire d'un long tube de Galli qu'elles traversent. Cette disposition est destinée à en faciliter l'ablation.

Ce procédé n'est applicable qu'aux tendons plats, larges et épais.

Observations et présentations de malades.

109. — Présentation d'un malade ayant subi la résection de l'extrémité interne de la clavicule. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1882, p. 545.)

110. — Luxation scapulo-humérale sous-glénoïdienne, compliquée de rupture de l'artère axillaire et d'anévrysme faux primitif. Désarticulation de l'épaule après ligature préalable de l'artère sous-clavière. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1877, p. 187.)

111. — Réduction d'une luxation complète de l'index de la main droite en arrière. (*France méd.*, 1874, p. 250.)

112. — Extraction d'une balle logée dans le muscle iliaque, au moyen de la trépanation de l'os iliaque. (*Bull. de la Soc. clin.*, 1878, p. 45.)

Une fistule de la fesse guida l'opérateur. Après élargissement de la portion de son trajet qui traversait l'os iliaque, on trouva le projectile logé dans le muscle iliaque. L'extraction présenta de grandes difficultés. La jambe, fléchie sur le bassin, se redressa. La guérison eut lieu. Un abcès se produisit cependant plusieurs mois après.

113. — Luxation de la cuisse (variété iliaque) datant d'un mois, réduite par la traction élastique. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1872, p. 327.)

114. — Résection du genou. Présentation de l'opéré. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879, p. 896.)

115. — Corps mobile de l'articulation du genou fixé par l'instrument du professeur Richet. Guérison des accidents. (Berthod, *Gaz. méd.*, 1885, p. 329.)

116. — Rupture d'un cal vicieux de fracture sus-malléolaire. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1880, p. 419.)

Le pied, fortement déjeté en dehors, faisait avec la jambe un angle très marqué. La fracture, encore assez récente, datait de trois mois. La rupture fut opérée au moyen de l'appareil de Collin pour le *genu valgnm*, modifié pour la circonstance. Une pièce spéciale, faite sur moulage et pivotant sur place, emboitait le talon.

Le résultat immédiat fut excellent, mais ultérieurement le déplacement se reproduisit dans une faible mesure, non suffisante toutefois pour gêner la marche.

117. — Résection tibio-tarsienne traumatique. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1880, p. 301.)

D. — Appareil de la circulation.

118. — Traitement des plaies artério-veineuses. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1873).

Dans ce travail, resté inédit, l'auteur développe cette idée que, lorsqu'après quelques jours la plaie cutanée ne s'est pas cicatrisée et que des hémorrhagies

inquiétantes commencent à se produire, la ligature des deux bouts de l'artère et des deux bouts de la veine doit être pratiquée.

Dans le cas d'hémorrhagies graves d'emblée, c'est tout de suite qu'il faudrait faire l'application de ce précepte.

119. — Plusieurs cas de ligature atrophiante de l'artère linguale. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879, p. 806.)

120. — Traitement des varices par les injections de perchlorure de fer. (*Union médicale*, 1863, p. 81 et 103.)

Travail écrit sous l'inspiration de Voillemier, où se trouvent plusieurs observations de varices traitées par les injections de perchlorure de fer à 30°. La quantité employée était une seringue de Pravaz entière. L'auteur n'a jamais vu d'accidents causés par cette pratique, sans doute à cause des précautions rigoureusement observées dans tous les cas, et sur lesquelles il insiste minutieusement. Il a eu recours depuis lors personnellement au même procédé et aobtenu des résultats satisfaisants.

E. — Appareil digestif.

121. — De l'œsophagotomie interne en plusieurs séances. Modifications à l'instrument de Maisonneuve. (*Communic. à l'Acad. de Méd.*, séance du 22 juin 1887.)

Partant de cette donnée, que l'œsophagotome de Maisonneuve est le seul qui convienne aux rétrécissements étendus à une grande longueur de l'œsophage, mais considérant comme dangereux cet instrument dont les lames trop larges ont parfois dépassé l'épaisseur du rétrécissement, M. Le Dentu a fait faire trois paires de lames de dimensions croissantes, de manière à pouvoir sectionner superficiellement ou profondément à volonté. On peut ainsi, par des scarifications ou sections pratiquées en plusieurs séances, porter gra-

duellement la dilatation au degré nécessaire pour que l'alimentation se fasse bien, sans exposer le malade aux mêmes risques qu'avec les grandes lames employées jusqu'ici.

122. — Conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale. (*Journ. de thérapeutiqae de Gubler*, 1876, p. 485, 531 et 569.)

A l'époque à laquelle parut ce travail, la laparotomie commençait à prendre un rang élevé dans le traitement de l'étranglement interne. Elle commençait à se relever du discrédit où elle était tombée, depuis que Hévin en avait fait sévèrement le procès. Une thèse parue en France en 1872, due à Delaporte, avait fait connaître quelques cas récents, où l'ouverture du ventre avait donné un résultat passable. Des travaux plus récents, parus à l'étranger, méritaient d'être analysés et commentés. Telle fut la tâche que se proposa l'auteur, en s'attachant surtout à la détermination des raisons capables d'entraîner le chirurgien soit vers la gastrotomie, soit vers la création d'un anus artificiel.

Il n'est pas sans importance de montrer que, dès 1876, l'auteur acceptait sans hésiter la laparotomie pour un certain nombre de cas. Sous ce rapport ses idées n'ont guère changé. On en trouvera le reflet dans les discussions auxquelles il a pris part au sein de la Société de chirurgie et qui seront résumées plus loin. Voici en effet comment il s'exprime :

« D'une manière générale, toutes les fois que l'agent de l'étranglement ou la cause de l'obstruction est extérieure à l'intestin (brides pleines ou creuses, cicatricielles ou épiploïques, nœuds diverticulaires, orifices normaux ou anormaux, hernies internes, tumeurs), la gastrotomie est indiquée en principe. Au contraire, toutes les fois que l'état anatomique de l'intestin est tel que l'agent d'étranglement ne peut être détruit, ni la cause matérielle de l'obstacle écartée, l'entérotomie seule est rationnelle, à titre de ressource suprême et comme répondant à l'indication la plus pressante, qui est de vider l'intestin au-dessus du point d'arrêt des matières (rétrécissements, polypes, dégénérescences diverses, etc.).

« En ce qui concerne le volvulus et l'invagination, la question est plus délicate. »

Melchiori se déclare partisan de la gastrotomie pour le volvulus. Quant à l'invagination, il y a lieu de se demander s'il ne vaut pas mieux l'abandonner à sa marche naturelle, attendu que, dans un nombre de cas qui se chiffrent

par 27 pour 100 sur les 557 empruntés à la statistique de Leichtenstern, la guérison a eu lieu spontanément, qu'il y ait eu, ou non, élimination du boudin d'invagination. L'intervention donnerait-elle beaucoup mieux? cela est douteux. Néanmoins on ne doit pas la rejeter entièrement et l'on pourrait à juste titre se rallier sous ce rapport aux principales des conclusions de Jonathan Hutchinson, surtout lorsque l'invagination porte sur la terminaison de l'intestin grêle et sur le gros intestin.

Suivent des considérations qu'il serait trop long de rapporter, sur les indications de l'intervention suivant l'âge des sujets, la date du début des accidents, etc.

L'auteur, sentant bien que la question du traitement est primée par celle du diagnostic, s'est attaché surtout à serrer ce dernier d'aussi près que possible. Il a emprunté surtout aux travaux très importants de Duchaussoy et d'Ernest Besnier les éléments de son étude et divisé ainsi son sujet :

1° Cas où un diagnostic précis est possible ;

2° Cas où l'on peut arriver à un diagnostic probable;

3° Cas où un diagnostic certain ou probable est impossible.

Enfin, après un examen raisonné des moyens non opératoires présentant des chances de succès, il s'est déclaré hautement pour les opérations hâtives, pour la minutie dans l'exécution de ces opérations, et il a cherché à établir des règles précises pour la gastrotomie et pour l'anus artificiel :

« Si tout concordait à faire croire que les accidents ont leur point de départ dans une région bien déterminée de l'abdomen, nous ne verrions pas d'inconvénient à placer l'incision en face de ce point.

Si au contraire quelques doutes planaient encore sur le siège de l'étranglement, il serait préférable de porter le bistouri sur la ligne blanche.

Chez l'enfant les dimensions restreintes de la cavité abdominale nous engagent à l'adoption de l'incision médiane.

Une fois l'abdomen ouvert, des ponctions sur les anses distendues pourraient faciliter la recherche de l'obstacle. Se décide-t-on pour la gastro-entérotomie, il faut la faire à peu de distance de l'arcade de Fallope, à gauche si l'obstacle occupe le rectum et que l'S iliaque soit indemne de toute lésion, à droite si l'étranglement porte sur un point plus élevé du gros intestin ou sur l'intestin grêle.

Les sutures doivent être placées à des intervalles d'un demi-centimètre environ. Au lieu de les faire toutes transversalement par rapport à la plaie, nous préférons réunir chacun des angles de l'incision à l'intestin par un fil parallèle à l'axe de ce dernier ; peut-être la chute des matières dans le ventre est-elle plus sûrement évitée de cette façon.

Enfin nous laissons sur la paroi intestinale, entre les deux rangées de sutures, un intervalle d'un demi-centimètre, au lieu de faire passer par le même point de cette paroi les fils qui de là gagnent la lèvre supérieure et la lèvre inférieure de l'incision abdominale. Grâce à cette précaution, lorsque l'intestin est fendu, il reste au delà des sutures un petit bord libre que le passage des matières renverse en haut et en bas, si bien que l'infiltration de ces dernières doit être rendue plus difficile dans les intervalles des fils.

Pour tous les autres détails de l'opération, nous suivons rigoureusement les préceptes de Nélaton. »

Cette longue citation montrera suffisamment que les opinions de l'auteur étaient il y a onze ans tout à fait semblables à celles qu'il a défendues à diverses reprises à la Société de chirurgie.

123. — De la laparotomie dans l'étranglement interne. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879, p. 660.)

Dans le cours de la discussion soulevée sur cette question, M. Le Dentu reproduit les conclusions du mémoire précédent.

124. — De la laparo-entérostomie dans l'obstruction intestinale. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1887, p. 301.)

Cette communication est relative à un cas d'opération mixte, pratiquée sur une femme qui présentait les signes de l'obstruction intestinale, et chez qui le diagnostic parut trop obscur pour qu'on pût faire un choix motivé entre la laparotomie et l'anus artificiel.

M. Le Dentu, ayant incisé la ligne blanche, reconnut une affection organique de la partie supérieure de l'S iliaque, et ne jugeant pas à propos de faire l'entérectomie, établit un anus artificiel dans l'incision de la ligne blanche, aux dépens d'une anse d'intestin grêle sectionnée et suturée en travers.

125. — De l'anus artificiel sur le cæcum. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1887, p. 335.)

Partant de cette idée que le siège de l'anus artificiel doit être subordonné avant tout au siège de l'obstruction, M. Le Dentu ne recommande l'anus cæcal

qu'en cas de très grande obscurité du diagnostic, à condition toutefois que la laparotomie ne soit pas indiquée. En incisant la paroi abdominale à droite, un peu haut pour ne pas manquer le cæcum, on peut toujours trouver cette portion de l'intestin, et dans le cas où elle ne serait pas distendue, on aurait toujours la ressource d'ouvrir une anse d'intestin grêle, comme dans le procédé de Nélaton.

126. — De l'opportunité de la suture dans le cas de plaies de l'intestin par armes à feu. (*Gaz. méd.*, 1887, p. 25.)

Cette question avait été soulevée par une communication récente de MM. Pozzi et Trélat à la Société de chirurgie. Le travail publié à cette occasion renferme six observations de plaics pénétrantes de l'abdomen par des projectiles d'armes à feu ou de plaies de l'intestin suivies de suture.

Les résultats déplorables de l'abstention révélés par les statistiques, surtout pour l'intestin grêle, sont de nature à encourager les chirurgiens, mais il ne faut pas se faire d'illusions sur les chances de succès de l'intervention. La difficulté du diagnostic de la plaie intestinale, la crainte de provoquer par l'intervention hâtive des accidents qui n'éclateraient peut-être pas, rendent l'intervention immédiate très discutable. Elle serait justifiée en cas de début de péritonite, mais alors il serait peut-être déjà trop tard pour agir avec profit.

127. — Imperforation congénitale de l'anus et des uretères. Création dans la région iliaque gauche d'un anus artificiel et d'une fistule de l'uretère. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 186.)

Après avoir tenté l'ouverture du boudin rectal dans la région périnéale, M. Le Dentu se décide à pratiquer l'opération de Littre ; mais le premier organe qui se présente est un cordon blanc, volumineux, d'où s'échappe, après ponction, un liquide semblable à de l'urine. L'opérateur va à la recherche de l'S iliaque et le fixe à côté de l'uretère gauche dilaté, dans la même plaie. Il établit ainsi à côté l'un de l'autre *un anus artificiel* et *une fistule urinaire*.

L'autopsie montra que les deux uretères étaient oblitérés. L'enfant, qui avait d'ailleurs été opéré dans de mauvaises conditions, n'avait survécu que quelques jours.

Observations.

128. — Observation de gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. (*Traité de la gastrostomie* de L. H. Petit, p. 249, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1878, p. 29.)

Le sujet de cette observation, âgé de vingt-trois ans, avait tenté de se donner la mort en avalant de l'ammoniaque. Il en était résulté un rétrécissement infranchissable de l'œsophage et un amaigrissement rapide avec un commencement d'hypothermie (35°,6 le jour de l'opération).

M. Le Dentu pratique la gastrostomie, suivant le procédé de M. Léon Labbé, le 3 janvier 1878, avec l'assistance de MM. Verneuil, Théophile Anger et Lannelongue. L'opéré meurt le 5 janvier au soir. A l'autopsie on trouve un rétrécissement très serré occupant à peu près toute la longueur de l'œsophage. Ce dernier était épaissi et peut-être un peu rétracté dans le sens de sa longueur (22 centimètres). L'estomac, revenu sur lui-même, placé presque verticalement dans l'hypochondre, n'avait pu être atteint qu'au voisinage du pylore, à 4 centimètres en haut et à gauche de cet orifice.

D'après les relevés de M. Petit, cette particularité s'est présentée plus d'une fois. La rétraction de l'estomac dans le sens vertical peut même aller jusqu'à empêcher l'opérateur d'attirer cet organe vers la plaie abdominale. Une fois, dans un cas non encore publié, M. Le Dentu n'a pu ouvrir que la première portion du duodénum. L'autopsie a révélé des lésions stomacales qui expliquaient très bien la rétraction exagérée de cet organe et qui eussent de toute façon rendu l'opération inutile. La muqueuse était détruite dans presque toute son étendue et les couches sous-jacentes avaient subi un commencement de sclérose.

129. — Corps étranger de la partie supérieure de l'œsophage. Extraction par la bouche. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1877 p. 114.)

130. — Hernie ombilicale étranglée chez une femme enceinte de trois mois. Kélotomie. Mort. (Berthod, *Gaz. méd.*, 1886, p. 105.)

131. — Corps étranger du rectum (couteau de table) extrait par la fesse. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1879, p. 594.)

F. — Appareil urinaire.

132. — Technique de la néphrectomie. (*Rev. de Chir.*, 1886, p. 1-30 et 104-129.)

A la fin de l'année 1885, plus de 250 néphrotomies avaient été pratiquées, et il n'existait encore aucun travail d'ensemble où l'on pût trouver un exposé des procédés employés jusqu'alors. En un mot le manuel opératoire de cette grave opération n'était nullement réglé. Le moment était venu d'exposer le *modus faciendi* des nombreux chirurgiens qui avaient extirpé des reins.

Avant de formuler des règles précises, il était indispensable de se mettre au courant des publications très importantes et extrêmement multipliées qui avaient vu le jour principalement en Allemagne, en Angleterre et en Amérique. M. Le Dentu trouva dans la statistique récente de Gross (de Philadelphie) un point de départ et une base d'appréciation très utile. Il accepta les conclusions de l'auteur américain, relativement aux indications et aux contre-indications de la néphrectomie, non pas seulement d'une manière générale, mais aussi dans la comparaison qu'il eut à faire entre la néphrectomie *extrapéritonéale* et la néphrectomie *transpéritonéale*.

Sur tous les cas mis en bloc la mortalité avait été de 44,63 pour 100; mais si l'on sépare en deux catégories les 233 cas de la statistique de Gross, selon que le rein a été extirpé par la voie extrapéritonéale ou par la voie intrapéritonéale, on trouve dans le premier cas une mortalité de 36,93 pour 100, et dans le second une mortalité de 50,83 pour 100.

La règle est donc de ne pas ouvrir le péritoine, autant que possible, sans

cependant hésiter à le faire, si l'opération devait être par là rendue plus facile et le succès définitif plus probable. Il faut donc simplement savoir prendre une décision motivée sur les indications de chaque cas.

I. *Néphrectomie extrapéritonéale.*

L'auteur étudie successivement la position de l'opéré, le choix de l'instrument tranchant (bistouri ou thermo-cautère), la direction des incisions, le mode d'énucléation du rein ou de la tumeur rénale, la ligature du pédicule, le traitement de la plaie, enfin les accidents possibles de l'opération.

Il recommande de placer l'opéré dans le décubitus latéral sur le côté sain, d'employer de préférence le bistouri.

Il divise les diverses incisions en *simples* et *combinées*. Les premières comprennent les *droites verticales*, les *droites transversales* ou *obliques*, les *courbes*. De la comparaison faite entre toutes ces incisions il résulte que la moins bonne de toutes est celle de Simon, que les incisions obliques ou courbes, ou combinées, à deux branches, sont les meilleures, et que d'une manière générale l'étendue et le développement de celle à laquelle on a donné la préférence doivent être proportionnels au volume de la tumeur à extirper.

Les rapports de la plèvre avec les dernières côtes ont longtemps arrêté l'auteur. Ces rapports sont si intimes que la résection de ces dernières doit être évitée sauf dans leur quart ou dans leur cinquième antérieur, mais il ne faut pas perdre de vue que très souvent elles n'ont pas leur longueur normale, et que, plus souvent qu'on ne le croyait jusqu'ici, la douzième côte manque entièrement.

A propos de l'énucléation du rein, M. Le Dentu indique les circonstances où l'on peut être contraint de faire la décortication sous-capsulaire ou ce qu'il a appelé l'*héminéphrectomie postérieure*.

Il croit bon, lorsque la chose est possible, de décomposer le pédicule en un ou plusieurs tronçons, sans chercher cependant quand même à placer un grand nombre de ligatures isolées. Quant à la désinfection de l'uretère et à sa fixation à l'extérieur, il croit qu'on ne peut guère la poser en règle, du moment qu'une bonne ligature mise sur le conduit sectionné peut empêcher le reflux de l'urine.

Du bon fil de cat-gut fort convient parfaitement pour les ligatures. Quant à l'instrument qu'on peut le plus recommander pour contourner ou traverser le pédicule, l'auteur n'en connaît pas de meilleur qu'une grande aiguille de

Corper, à diamètre de 5 à 6 centimètres environ, à *châs ouvert* latéralement. Avec cet instrument on fait aussi facilement les ligatures multiples que la ligature en masse.

II. — *Néphrectomie transpéritonéale.*

Le procédé de laparotomie latérale de Langenbuch (incision sur le bord externe du muscle grand droit) peut avoir quelque avantage sur l'incision médiane, mais sa supériorité ne s'impose pas absolument. Cependant la facilité qu'elle donne pour attaquer le mésocôlon descendant par sa face externe (la moins vasculaire) et pour énucléer la tumeur, après refoulement du côlon en dedans, doit la faire préférer dans certains cas.

Pour l'énucléation de la tumeur, quel que soit le procédé adopté, il faut tâcher de passer en dehors du côlon. Si le tissu du néoplasme est friable, si quelque circonstance peut faire craindre une hémorrhagie, on doit s'occuper de lier ou de saisir le pédicule avant de faire l'énucléation.

Une question importante est de savoir s'il faut suturer le feuillet postérieur du péritoine et drainer en arrière. La suture ne devra être faite que si elle se présente avec de grandes facilités d'exécution, sinon, mieux vaut simplement accoler les bords du péritoine. Quant au drainage postérieur, il doit forcément diminuer les risques opératoires. Une simple boutonnière est suffisante pour laisser passer un drain.

Ce travail est suivi de trois observations de néphrectomies. La première date de 1881, les deux autres de 1885. La troisième de ces extirpations rénales a été faite dans le service du professeur Verneuil, qui avait bien voulu convier M. Le Dentu à venir faire cette opération avec lui.

Ces trois néphrectomies ont été couronnées de succès. Le premier des opérés a été présenté à l'Académie de médecine trois ans et demi après, et son observation a été insérée une première fois dans les Archives de médecine (1884); le rein du second a été montré à l'Académie de médecine en mars 1885 et le malade lui-même a été présenté à la Société de chirurgie en 1886.

133. — Néphrotomie et néphrectomie (*Deuxième Congrès français de chirurgie*, p. 47).

Cette communication est un résumé des idées et des faits contenus dans le travail précédent.

134. — Contribution à l'histoire de l'extraction des calculs du rein. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1881, p. 194, et *Bull. de thérapeutique méd. et chir.*, 1882, p. 337.)

Ce travail est l'exposé de deux observations dont l'une est une néphrotomie pour pyélo-néphrite suppurée, suivie de l'extraction par fragments d'un calcul de 32 grammes; l'autre est une tentative de néphrolithotomie réduite au débridement superficiel du rein dans toute sa hauteur, après refoulement et déplacement de graviers qui furent éliminés quelques jours plus tard par l'uretère.

Dans le second cas, la guérison des douleurs rénales fut complète, dans le premier il persista une fistule.

135. — Néphrectomie pour une fistule urinaire inguinale résultant de l'incision d'une hydronéphrose, suivie de guérison. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1881, p. 1412 et *Arch. gén. de méd.*, 1884, p. 641.)

L'incision de l'hydronéphrose dans la région inguinale datait de sept ans. L'opération consista dans l'extirpation de la portion lombaire de la poche et de ce qui restait du rein normal. Elle fut faite par la région lombaire.

136. — De la trépanation de l'os iliaque comme moyen de traitement de certaines fistules rénales. (*Ann. des mal. des voies urinaires*, 1885, p. 457.)

Un malade, dont il a été question plus haut (voy. n° 134) avait gardé une fistule rénale, à la suite d'une néphrotomie. Diverses tentatives de guérison de cette fistule, par les débridements multiples et le curage, avaient été faites inutilement. M. Le Dentu voulut essayer de drainer le fond du trajet en créant une voie d'écoulement tout à fait déclive, à travers l'os iliaque. Le drain placé au fond d'une sorte de gouttière constituée par la substance rénale, depuis l'extrémité supérieure du rein jusqu'à la partie la plus élevée de la fosse iliaque interne, se présentait à l'extérieur après avoir traversé l'os iliaque et les muscles fessiers.

Malheureusement, une septicémie gangréneuse à manifestations multiples, avec emphysème putride, emporta rapidement l'opéré. La valeur de ce procédé ne put être établie.

137. — Taille sus-pubienne sur un homme de 71 ans, nécessitée par un calcul. Guérison. Réflexions à propos du manuel opératoire et des soins consécutifs. (*Gaz. méd.*, 1882, p. 298.)

L'auteur recommande l'incision des parties molles avec le thermo-cautère, repousse la suture vésicale totale, ainsi que la sonde à demeure dès le premier jour. Il ne maintiendrait pas aujourd'hui ses conclusions dans toute leur rigueur. D'abord il a renoncé à l'emploi du thermo-cautère, de manière à pouvoir faire, à l'exemple de M. Guyon, la suture partielle de la vessie et de la paroi abdominale, en ne ménageant que l'espace nécessaire pour le passage des tubes siphons. Il continue à repousser l'emploi de la sonde à demeure avant le dixième ou douzième jour.

138. — Présentation d'un instrument pour la taille vésico-vaginale. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, p. 207.)

Cet instrument se compose de deux parties fondamentales :

1° D'un cathéter fenêtré se continuant en arrière avec une gaine cylindrique ;

2° D'une aiguille saillante sur la face convexe du cathéter et articulée avec une tige qui glisse dans la gaine cylindrique de ce dernier.

L'aiguille est destinée à percer la paroi vésico-vaginale immédiatement en arrière du col de la vessie. Sa pointe, après avoir fait saillie dans le vagin, se recourbe vers l'opérateur, de telle sorte que l'aiguille entière s'applique contre la paroi uréthro-vaginale et la fixe.

Il ne reste plus qu'à faire avancer le cathéter dans la vessie de 3, 4 ou 5 centimètres, selon le but qu'on se propose. Un bistouri, enfoncé par le vagin dans sa cannelure fenêtrée, coupe d'un seul coup la paroi qui ne peut fuir devant la lame.

139. — Suture du périnée après une uréthrotomie externe. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1886, p. 775.)

L'auteur ne pense pas que le succès obtenu dans un cas puisse servir de base à une généralisation. Il considère comme dangereuse la suture en cas de solution de continuité traumatique du canal; si au contraire la solution de continuité est d'origine opératoire (extraction de corps étrangers ou de calculs), il accepte la pratique suivie par M. Terrier dans un cas de ce genre. Il ne serait disposé à essayer le rapprochement par suture des lèvres de l'incision, dans l'uréthrotomie externe, que si cette dernière s'était faite dans des conditions de très grande simplicité.

Observations, présentations de malades et de pièces anatomiques.

140. — Présentation d'un malade ayant subi la néphrectomie avec succès. (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1884.) (Voy. *Technique de la néphrectomie*, obs. I.)

141. — Présentation d'un rein calculeux extirpé avec succès. (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1885, séance du 17 mars.) (Voy. *Technique de la néphrectomie*, obs. II.)

142. — Présentation d'un malade ayant subi la néphrectomie avec succès. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1885, p. 401.) (Voy. *Technique de la néphrectomie*, obs. II.)

143. — Présentation de calculs du rein enlevés par la néphrotomie sur deux sujets. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1887, p. 63.)

Les deux opérés étaient : une jeune fille de 18 ans qui guérit, et un homme de 60 ans qui mourut.

144. — Calcul vésical développé autour d'une épingle à cheveux. Extraction par l'urèthre. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1878, p. 488, et *Traité des mal. des voies urinaires*, par Voillemier et Le Dentu, t. II, p. 454.)

L'introduction de l'épingle dans la vessie avait eu lieu deux mois auparavant, et dans ce temps relativement court elle s'était déjà recouverte d'une couche de sels assez épaisse pour que les deux branches fussent incrustées dans les deux tiers de leur longueur. L'extraction put néanmoins se faire par l'urèthre dilaté immédiatement avant l'opération.

145. — Deux cas de taille vésico-vaginale pour cystite purulente douloureuse. Restauration ultérieure de la cloison vésico-vaginale. Guérison. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1887, p. 102 et séance du 8 juin.)

Chez la première des deux malades, la fistule fut maintenue six mois; chez la seconde, qui était atteinte d'uretérite à droite et de tubercules pulmonaires, la restauration de la cloison vésico-vaginale n'eut lieu qu'après quinze mois.

Dans les deux cas la guérison des accidents vésicaux fut obtenue, très franchement dans le second, un peu moins complètement dans le premier. Il persista de la fréquence dans les mictions, mais d'une façon très irrégulière et par périodes. La grande nervosité de la malade y est peut-être pour quelque chose.

Nota. — Cette malade, revue le 23 juillet 1887, est maintenant débarrassée de ses besoins fréquents d'uriner.

146. — Extraction par la voie périnéale d'un fragment de tube de caoutchouc contenu dans la vessie. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1885, séance du 20 mai.)

G. — Appareil génital des deux sexes.

147. — De la cure dite radicale du varicocèle, d'après quinze observations personnelles. Exposé d'un procédé d'excision du scrotum. (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1887, p. 14 et 92, et broch. in-8°, typogr. Chamerot, 1887.)

Ce travail est composé de deux parties principales. La première, intitulée : *Examen critique de certains procédés de cure radicale du varicocèle*, a fait l'objet d'une communication au congrès de chirurgie de 1886. La seconde se subdivise en deux chapitres dont l'un est l'exposé de sept nouvelles observations de varicocèle, dont l'autre fait connaître dans ses détails un procédé d'excision du scrotum, grâce auquel l'auteur pense avoir simplifié l'opération. Il y ajoute la description de ce qu'il appelle l'*excision combinée*. On verra un peu plus loin en quoi consiste cette dernière.

L'auteur ne s'est pas proposé pour but l'étude de tous les procédés imaginés pour la cure du varicocèle. Il s'est attaché spécialement à l'examen des procédés rapides, qui admettent la réunion immédiate. Voilà pourquoi les méthodes diverses ayant pour base la ligature sous-cutanée, la torsion, la cautérisation avec les caustiques chimiques ou le fer rouge, ont été laissées de côté.

Parmi les procédés rapides il a étudié surtout la ligature des veines avec ou sans excision et le procédé de M. Horteloup, Il ne reproche à ce dernier que de nécessiter une instrumentation spéciale. Il l'a employé avec de bons résultats sur 6 des 8 opérés de sa première série.

Non content d'enregistrer les suites immédiates de ses opérations, M. Le Dentu a cherché à revoir ses opérés quelque temps après l'intervention. Trois sur les huit premiers se sont présentés à son examen dans un état très satisfaisant, tous trois opérés par le procédé de M. Horteloup.

Cette première partie se terminait par les deux propositions suivantes :

1° Aux varicocèles petits et moyens conviennent les méthodes simples (résection scrotale, ligature des veines avec ou sans excision) ;

2° Aux varicocèles volumineux doivent être appliquées les méthodes com-

binées (procédé de M. Horteloup, ou excision veineuse au niveau du cordon spermatique, suivie de la résection du scrotum).

La deuxième partie renferme un résumé de sept nouvelles opérations par des méthodes diverses. Elle est surtout consacrée à la description de l'excision scrotale à temps successifs, que l'auteur a imaginée, dans la pensée de supprimer tout appareil instrumental spécial. Le seul instrument nécessaire, en dehors des instruments usuels pour les incisions et les sutures, est la pince dite à pédicule de kyste ovarique.

Le principe de l'opération consiste à utiliser ces pinces pour délimiter successivement les portions de scrotum qu'il s'agit de supprimer, et à suturer au fur et à mesure les lèvres de la section faite en avant des pinces, avant de passer à la section du segment voisin. Telle est l'excision à temps successifs. Il serait inopportun d'entrer ici dans le détail de l'opération.

Quant à l'excision combinée, elle consiste à faire d'abord l'excision du faisceau veineux le plus développé, à la sortie du canal inguinal, et à pratiquer ensuite la résection des bourses. On peut et on doit s'arranger pour que les incisions nécessaires pour les deux temps se continuent l'une avec l'autre.

L'auteur a opéré deux varicocèles par l'excision simple à temps successifs et deux autres par l'excision combinée. Les résultats ont été excellents. Le second des malades, dont il est question dans ce travail, a été revu il y a peu de temps. C'est celui qui est noté comme étant en voie de guérison. Son scrotum rétracté, surtout du côté opéré, était collé au périnée. Il n'y avait plus une seule veine dilatée.

En attendant qu'il soit démontré que l'une des méthodes d'opération du varicocèle est de beaucoup supérieure à toutes les autres, l'auteur restera fidèle à l'éclectisme dont on voit la preuve dans le tableau suivant :

6 opérations par le procédé de M. Horteloup.
5 — par la ligature ou l'excision des veines.
2 excisions simples du scrotum à temps successifs.
2 — combinées des veines et du scrotum.

Quinze guérisons avec des résultats immédiats très satisfaisants.

148. — Traitement des fistules péniennes. (Leçon clinique recueillie par M. Berthod, interne à l'hôpital Saint-Louis. *Gaz. méd.*, 1885, p. 243.)

149. — Aiguille spéciale pour conduire la chaîne de l'écraseur dans l'amputation du col de la matrice. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1880, p. 217.)

150. — Pelvi-péritonite suppurée. Guérison à la suite de deux ponctions aspiratrices ayant donné issue en deux fois à plus de trois litres de pus. (*France méd.*, 1880, p. 666.)

151. — Ovariotomie suivie de guérison chez une femme de 65 ans. (Obs. publiée par M. Berthod dans la *Gazette médicale*, 1885, p. 103.)

152. — Torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. Ovariotomie. Guérison. (*Mém. de M. Terrillon sur la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*, in *Rev. de Chir.*, 1887, p. 261, obs. IV.)

153. — Végétations de la vulve traitées par le grattage. (*Th. de doct.* de Castilhon, Paris, 1886.)

IV. — TRAVAUX DIVERS

154. — Rapport sur un travail intitulé : « *Contribution à l'étude des rapports de l'arthritisme avec les plaies* », communiqué à la Société de Chirurgie, par le Dr Bachon. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1877, p. 230.)

155. — Rapport sur un cas de gangrène de l'extrémité inférieure de la jambe, présenté par M. Dard. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 45.)

156. — Rapport sur une variété d'ulcère du mollet, pouvant être considérée comme dépendant d'un trouble trophique, travail communiqué par M. Terrillon. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1873, p. 485.)

157. — Rapport sur deux cas de tétanos traumatique traités par le chloral, communiqués à la Société de Chirurgie, par M. Chauvel. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1874, p. 253.)

158. — Rapport sur un cas d'épithélioma par transformation d'une tumeur bénigne, et sur un cas de greffes étendues, communiqués à la Société de Chirurgie par M. J. Reverdin, de Genève. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1877, p. 254.)

159. — Rapport sur un cas de kyste hématique de l'épiploon gastro-hépatique, communiqué par M. Piéchaud. (*Bull. de la Soc. clin.*, 1877, p. 136.)

160. — Rapport sur le traitement des kystes à contenu muqueux par les injections de chlorure de zinc, travail lu par M. Th. Anger. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1875, p. 831.)

161. — Rapport sur un travail du Dr Ortega, de Buenos-Ayres, intitulé : « Observations sur plusieurs cas de syphilis héréditaire sur des enfants de la même famille. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1882, p. 579.)

162. — Rapport sur un cas de séquestres multiples de l'extrémité inférieure du fémur, communiqué par M. Dard. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 69.)

163. — Rapport sur un cas d'extraction de balle de revolver logée dans le rocher, communiqué par M. Terrillon. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1878, p. 708.)

164. — Rapport sur un travail du Dr Vicusse intitulé : « Contribution à l'étude des fractures des os longs par balles de revolver. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1881, p. 866.)

165. — Rapport sur une observation de trépanation accompa-

gnée de considérations sur le rôle des pieds des circonvolutions frontales, au point de vue des phénomènes moteurs, communiquée par M. Chalot. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1878, p. 486.)

166. — Rapport sur un cas de corps étrangers multiples de l'orbite (fragments de verre) communiqué par M. Baudry, de Lille. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1885, p. 880.)

167. — Rapport sur quatre cas de trachéotomie avec chloroformisation, communiqués par le Dr Houzel, de Boulogne-sur-Mer. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1887, p. 212.)

168. — Rapport sur trois observations de frottement sous-scapulaire, communiquées par M. Terrillon. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1876, p. 725.)

169. — Rapport sur un cas d'anévrysme de la fémorale traité par la ligature de l'iliaque externe, communiqué par M. Gallerand. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1875, p. 157.)

170. — Rapport sur un cas d'anévrysme diffus de l'iliaque externe traité par la ligature et suivi de guérison, communiqué par M. Fochier. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1876, p. 323.)

171. — Rapport sur trois observations de hernies inguinales irréductibles, réduites facilement par l'usage des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, communiquées par M. Philippe. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1877, p. 236.)

172. — Présentation de deux modèles de sondes, de la part du Dr Bruch, d'Alger. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1886, p. 735.)

173. — Rapport sur un cas d'ectopie périnéale du testicule communiqué par M. Baudry, de Lille. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1882, p. 537.)

174. — Rapport sur un cas d'imperforation de l'hymen communiqué par M. Osiecki. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1886, p. 735.)

175. — Rapport sur divers travaux du Dr Bruch. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, p. 638.)

176. — Rapport sur une autre série d'observations du Dr Bruch. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1885, p. 881.)

177. — Analyse critique de la thèse de doct. de M. Clémenceau, intitulée : *De la génération des éléments anatomiques*. (*Gaz. des Hôp.*, 1865.)

178. — Analyse critique de l'ouvrage de Duchenne (de Boulogne), intitulé : *Physiologie des mouvements*. (*Annales d'hygiène et de méd. légale*, mars 1867.)

179. — Analyse critique de l'ouvrage de Paul Bert intitulé : *Physiologie comparée de la respiration*. (*Annales d'hygiène et de méd. légale*, déc. 1869.)

180. — Analyse critique des Leçons sur les tumeurs de la vessie, par sir Henry Thompson. (*Annales des mal. des organes génito-urinaires*, 1885, p. 190.)

181. — Compte rendu des travaux de la Société de Chirurgie pendant l'année 1881. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1882, p. 2.)

TABLE DES MATIÈRES

15 906. — Paris, imprimerie A. Lahure, 9, rue de Fleurus.